

TIEDOSTA ARVIOINTIIN

tavoitteena paremmat palvelut

Sosiaali- ja terveyspalvelut Etelä-Savo

Asiantuntija-arvio, kevät 2018

THL:n asiantuntijaryhmä



Toimeksianto ja toteutus

Valtiovarainministeriö koordinoi syksyllä 2018 päättyvää maakuntatalouden simulaatioharjoitusta. Sen avulla testataan maakuntien talous- ja ohjausprosessia ja talouspäätösten tekemistä uudessa järjestelmässä. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa harjoituksessa maakuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausta koskevasta osuudesta.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on koonnut simulaatioharjoituksessa käytettävän tietopohjan ja antaa tässä raportissa asiantuntija-arvion tulevan maakunnan suoriutumisesta sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisessä. Asiantuntija-arvion tuottamisesta on vastannut [THL:n asiantuntijaryhmä](#). Harjoituksessa saatavaa tietoa ja kokemuksia tullaan hyödyntämään maakuntien arvioinnin kehittämässä. Arviointiharjoituksella ei ole vaikutusta tulevien maakuntien rahoituksen määräytymiseen.

ARVIOINNIN SISÄLTÖ POHJAUTUU LAINSÄÄDÄNTÖÖN

Arvioinnin sisältö rakentuu maakunnan suoriutumiskyvyn ulottuvuuksista, joita ovat palvelujen saatavuus, laatu ja vaikuttavuus, asiakaslähtöisyys ja yhdenvertaisuus. Arvioinnissa on paneuduttu myös eri sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäväkokonaisuuksiin ja otettu huomioon maakunta- ja sote-uudistuksen lakiesitysten tarkoituspykälissä mainitut tavoitteet, valinnanvapautta koskevan lakiluonnoksen tavoitteet sekä keskeisistä sisältöalueista johdetut kokonaisuudet.

ARVIOINNIN TIETOLÄHTEET MONIPUOLISIA

Arvioinnin tietolähteinä käytettiin maakuntien tuottamaa tietoa sote-valmistelun suunnittelusta, tulevien maakuntien hallinnosta järjestäjänä, organisaatiosta ja toimintatavoista. Indikaattoritietoa koottiin THL:n, Tilastokeskuksen ja eräiden muiden organisaatioiden tietovarannoista. Indikaattoreita voi tarkastella Sotkanetissa kohdasta [Maakuntien seuranta ja arviointi \(simulaatioharjoitus\)](#). Osana arviointia THL:n asiantuntijat vierailivat kaikissa maakunnissa ([ks. Ajankohtaista arvioinnista](#)). Arvioinnissa ei ole käytetty valvontaviranomaisen raportteja, koska riittäviä maakuntakohtaisia tietoja ei ollut saatavilla.

HARJOITUS KOKOAA KOKEMUKSIA

THL:n tavoitteena simulaatioharjoituksessa oli pyrkiä mahdollisimman todenmukaiseen arvioinnin toteutukseen. Arvioinnissa käytettävät tiedot koottiin saatavilla olevista vertailukelpoisista tietolähteistä. Kyseessä oli myös arviointitiedon kokoamiseen ja käyttöön liittyvä harjoitus, jolloin arviointitulokset ovat lähinnä suuntaa-antavia ja jatkokeskustelua tukevia. Harjoitus toi esiin hyvin sekä arviointiprosessin että tietopohjan kehittämistarpeita. Tulevaisuudessa kattavamman ja ajantasaisemman tietopohjan avulla maakuntien arvioinnissa päästään tarkempiin lopputuloksiin. THL:n sote-tietopohjan kehittämishanke työskentelee näiden haasteiden parissa.

Järjestämislakiluonnoksen (HE 15/2017, § 30 ja 31) mukaan THL:lle on tulossa lakisääteinen maakuntien seuranta- ja arviointitehtävä. Varsinainen arviointitoiminta käynnistyy keväällä 2018. Arviointi on jatkossa oleellinen osa valtakunnallista ohjausjärjestelmää ja se tuottaa pohjatietoa maakuntien omalle ohjaustoiminnalle.

Pekka Rissanen
Arviointijohtaja

Pekka Jousilahti
Tutkimusprofessori

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Sisällys

Toimeksianto ja toteutus	1
Keskeiset havainnot.....	3
Palvelujen järjestämisen yleiset edellytykset	4
Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannukset	8
 Tehtäväkokonaisuuksien arviot	
Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen	10
Ennaltaehkäisevät palvelut	11
Perusterveydenhuolto	12
Mielenterveys- ja päihdepalvelut.....	13
Erikoissairaanhoido	15
Lasten, nuorten ja perheiden palvelut	16
Työikäisten sosiaalipalvelut.....	18
Vammaispalvelut	19
Ikäihmisten palvelut	20
 Ulottuvuuskohtaiset arviot	
Saatavuus	22
Laatu ja vaikuttavuus	23
Asiakaslähtöisyys	24
Yhdenvertaisuus	25
 Lähteet	26

Maakuntien seurannan ja arvioinnin vastuuhenkilönä on toiminut professori Pekka Rissanen, arviointityötä on koordinoanut Kimmo Parhiala.

Alueellisina arviointipäälliköinä ovat toimineet

Jonsson, Pia Maria (Pohjanmaa, Satakunta, Varsinais-Suomi)
Jousilahti, Pekka (Etelä-Savo, Keski-Suomi, Pohjois-Karjala, Pohjois-Savo)
Kovasin, Merja (Etelä-Pohjanmaa, Kanta-Häme, Pirkanmaa)
Kärkkäinen, Jukka (Etelä-Karjala, Kymenlaakso, Päijät-Häme, Uusimaa)
Syrjä, Vesa (Kainuu, Keski-Pohjanmaa, Lappi, Pohjois-Pohjanmaa)

Tehtäväkokonaisuus- ja ulottuvuuskohtaisten osioiden kirjoitukseen ovat osallistuneet

Aalto, Anna-Mari; Ahola, Sanna; Alastalo, Hanna; Autio, Eva; Blomgren, Sanna; Elonsalo, Ulpu;
Forsell, Martta; Hakulinen, Tuovi; Halme, Nina; Hammar, Teija; Hastrup, Arja; Heino, Tarja; Hetemaa, Tiina;
Hietanen-Peltola, Marke; Honkatukia, Juha; Häkkinen, Unto; Ikonen, Riikka; Kapiainen, Satu; Karvonen, Sakari;
Kehusmaa, Sari; Kilpeläinen, Katri; Krohn, Minerva; Kuussaari, Kristiina; Lammi-Taskula, Johanna; Linnanmäki, Eila;
Liukko, Eeva; Lounamaa, Anne; Luoto, Eija; Lyytikäinen, Merja; Martelin, Tuija; Muuri, Anu; Mäklin, Suvi;
Nurmi-Koikkalainen, Päivi; Parikka, Suvi; Partanen, Airi; Reissell, Eeva; Sainio, Salla; Seppänen, Johanna;
Siivo, Sinikka; Siukola, Reetta; Ståhl, Timo; Suvisaari, Jaana; Viertiö, Satu.

Keskeiset havainnot

Arvioinnissa on suuria rajoitteita, ja sen tuloksia voidaan pitää enintään suuntaa antavina. Simulaatioharjoituksessa arvioitiin maakunnan sosiaali- ja terveyspalveluja sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä. Kunnat järjestävät ja tuottavat palveluita kuitenkin eri tavoin. Maakuntien toimintaa voidaan arvioida totuudenmukaisesti vasta, kun järjestämisvastuu alueen palveluista on siirtynyt niille.

Arvioinnissa käytetty tietopohja on vielä monien arviointitulottuvuuksien osalta vajavainen, ja tiedot ovat peräisin vuosilta 2015–2017. Harjoituksen lyhyen keston vuoksi kaikkia arvioinnin sisältöjä ei ole voitu käydä läpi yhdessä maakuntien kanssa. Arviointi ei myöskään kata kaikkia sosiaali- ja terveyspalveluja. Jatkossa arvioinnin tietopohja laajenee, ja kaikki talous- ja toimintatiedot pyritään kokoamaan samalta vuodelta. Erilaisista raportointikäytännöistä johtuvat epätarkkuudet vähenevät jatkossa, kun maakunnat ovat tietoisia kriteereistä, joiden perusteella niiden toimintaa arvioidaan.

Etelä-Savon väestö on keskittynyt Mikkelin seudulle sekä Savonlinnan ja Pieksämäen kaupunkeihin. Maakunnan väestön määrä pienenee; väkiluku on vähentynyt kymmenen viime vuoden aikana lähes 10 000 hengellä. Luonnollinen väestönmuutos ja maan sisäinen nettomuutto ovat olleet 20 vuoden ajan negatiivisia, mutta niitä on osin kompensoinut positiivinen nettomaahanmuutto. Etelä-Savon väestön ennustetaan vähenevän myös tulevaisuudessa. Väestö on vanhempaa kuin maassa keskimäärin, ja taloudellinen huoltosuhde on koko maan tasoa selvästi korkeampi. Maakunnan väestöstä noin kolmannes on eläkeläisiä. Vuonna 2016 Etelä-Savon väestön ikävakioimaton sairastavuusindeksi oli 123,8 eli selvästi koko maan keskiarvoa korkeampi. Sairastavuusindeksi on pysynyt 15 viime vuotta suunnilleen samalla tasolla ja hieman heikentynyt koko maan kehitykseen nähden. Etelä-Savon työttömyysaste on hieman maan keskitasoa korkeampi.

Etelä-Savon julkiset sosiaali- ja terveyspalvelut tuotetaan kuudessa eri organisaatiossa, ja maakunnan alueella on kaksi keskussairaalaa. Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä (Essote) tuottaa sosiaali- ja terveyspalveluja seitsemän kunnan alueella ja tarjoaa lisäksi erikoissairaanhoidon palveluja kahden kunnan asukkaille. Essote rakentaa parasta aikaa Mikkeliin uutta sairaalakokonaisuutta sosiaali- ja terveyspalveluille. Itä-Savon sairaanhoitopiirin kun-

tayhtymä (Sosteri) tuottaa sosiaali- ja terveyspalveluja neljän kunnan alueella. Kahden kunnan peruspalvelut on ulkoistettu. Sosteri ylläpitää Savonlinnan keskussairaalaa. Pieksämäen kaupungin perusturva vastaa sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisesta Pieksämäen asukkaille. Varkauden kaupungin sosiaali- ja terveyskeskus järjestää sosiaali- ja terveyspalvelut Joroisten asukkaille. Varkaus kuuluu Pohjois-Savon maakuntaan, ja Joroinen liittyy Pohjois-Savoon maakuntaudistuksen yhteydessä. Heinäveden sosiaali- ja terveyspalvelut tuottaa Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä Siun sote. Heinäveden kunta siirtyy maakuntaudistuksen yhteydessä Etelä-Savosta Pohjois-Karjalan maakuntaan. Pieksämäellä toimiva, kuntayhtymän omistama Vaalijala tuottaa kehitysvammakuntoutuspalveluja 33:lle Itä-Suomen kunnalle. Etelä-Savossa on käytössä kaksi terveydenhuollon potilastietojärjestelmää ja kaksi sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmää.

Maakuntaudistuksen valmisteluorganisaatio on aloittanut toimintansa Etelä-Savossa. Laajennettu johtoryhmä johtaa uudistuksen valmistelua ja tulee muodostamaan maakunnan lakisääteisen väliaikaisen valmisteluelimen. Uusi potilas- ja asiakastietojärjestelmä kilpailutetaan yhteistyössä Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kanssa.

Palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden näkökulmasta Etelä-Savo menestyy valtakunnallisessa vertailussa hyvin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyssä, kotihoidon ympärivuorokautisen saatavuuden järjestämisessä, lastensuojelun palveluntarpeen arvioinnissa, yhdenvertaisuus- ja tasa-arvosuunnitelmien tekemisessä, väestön terveyserojen raportoinnissa ja terveyskeskuslääkäripalvelujen yhdenvertaisessa saatavuudessa. Huomiota vaativia alueita ovat vammais- ja sosiaalipalvelujen saatavuus ja työttömien terveystarkastusten toteutuminen.

Etelä-Savon sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot olivat 3 658 euroa asukasta kohden vuonna 2016. Tämä oli 20 prosenttia enemmän kuin koko maassa keskimäärin. Palvelutarve on kuitenkin juuri 20 prosenttia maan keskitasoa suurempi, minkä takia sosiaali- ja terveydenhuollon tarvevakioidut kokonaismenot olivat maan keskitasoa.

Etelä-Savon sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus (sisältää pelastustoimen) lisääntyy siirtymäkauden jälkeen yhden prosentin. Lisäys on asukasta kohden 39 euroa ja yhteensä 5,6 miljoonaa euroa. Vaikka maakunnan rahoitus hieman lisääntyykin, pidemmän aikavälin haasteena on kuitenkin maakunnan vähenevä väestö ja sen vaikutus kokonaisrahoitukseen.

Alueen jo lähtötilanteessa pienehkön väestöpohjan pienentymistä vauhdittaa kahden kunnan siirtyminen Etelä-Savosta naapurimaakuntiin maakuntauudistuksen yhteydessä.

Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotanto on tällä hetkellä kokonaisuutena hajanainen, mutta

toisaalta yli puolet maakunnan väestöstä asuu Essoten palvelualueella, missä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalipalvelujen tuotanto on integroitu. Etelä-Savon maakuntaan ei tämänhetkisen suunnitelman mukaan ole tulossa laajan päivystyksen sairaalaa.

Palvelujen järjestämisen yleiset edellytykset

Maakunnan alue ja väestö

Etelä-Savon maakunta koostuu 14 kunnasta, jotka muodostavat kolme seutukuntaa. Maakunnan väestömäärä oli vuoden 2016 lopussa 148 975 asukasta. Väestöstä reilu kolmannes asuu Mikkelin kaupungissa ja noin puolet Mikkelin seutukunnan alueella. Savonlinnassa oli 35 242 asukasta ja Pieksämäellä 18 475 asukasta. Maakunnan muiden kuntien asukasluku vaihtelee 1 500:n ja 6 500:n välillä. Maakuntauudistuksen myötä Heinäveden kunta siirtyy vuoden 2020 alussa Etelä-Savosta Pohjois-Karjalaan ja Joroinen Pohjois-Savoon.

Alueellinen vauraus

Bruttokansantuote asukasta kohden oli vuonna 2015 Etelä-Savon maakunnassa 29 243 euroa, mikä on alle koko maan keskiarvon (38 248 euroa), mutta samaa tasoa muiden Itä-Suomen maakuntien kanssa. Taloudellinen huoltosuhde oli vuonna 2016 Etelä-Savon maakunnassa 172, mikä on selvästi korkeampi kuin koko maan huoltosuhde (143). Taloudellinen huoltosuhde vaihteli maakunnan kuntien välillä. Huoltosuhde oli paras Mikkeliissä (153) ja heikoin Heinävedellä (221).

Etelä-Savon työllinen työvoima vuonna 2016 oli 54 772 henkilöä ja työllisyysaste oli 64,8 prosenttia, mikä on noin 4 prosenttia koko maan keskiarvoa matalampi. Sosiaali- ja terveyspalvelut olivat suurin toimiala, jossa työskenteli noin 11 800 henkilöä (tiedot vuodelta 2014). Seuraavina tulivat teollisuus (7 500), kauppa (5 900), maa- ja metsätalous (4 400) ja koulutus (4 100). Sosiaalipalvelujen työvoimasta 62 prosenttia ja terveyspalvelujen työvoimasta 84 prosenttia työskenteli julkisella sektorilla.

Työllisten määrä pysyi vakaana, noin 62 000:n tasolla, vuosina 2000–2008, minkä jälkeen työllisten määrä väheni vuoteen 2015 asti. Etelä-Savon työttömyysaste oli vuoden 2017 lopussa 12,5 prosenttia, mikä on hieman maan keskiarvoa korkeampi. Maakunnan työttömyysaste laski vuosituhannen alkupuolella vuoteen 2008 asti ja päättyi 7,9 prosenttiin, minkä jälkeen työttömyysaste on vähitellen noussut. Työttömyysaste oli matalin Mäntyharjulla (10,7 %) ja korkein Heinävedellä (15,9 %). Mikkelin työttömyysaste oli 11,7 prosenttia. Vuoden 2016 lopussa maakunnassa oli 9 845 työttöntä työnhakijaa. Työttömien työnhakijoiden määrä väheni kaikissa ikä- ja ammattiryhmissä vuoden 2017 aikana. Alle 25-vuotiaiden nuorten työnhakijoiden määrä väheni 1 449:stä 1 163:een.

Väestönkehitys

Väestön ikärakenne on Etelä-Savon maakunnassa koko maan keskiarvoa korkeampi: alle 15-vuotiaita on 13,1 prosenttia, työikäisiä (15–64-vuotiaita) 58,6 prosenttia ja 65 vuotta täyttäneitä 28,3 prosenttia. Vuoden 2016 lopussa maakunnassa asui 50 988 eläkeläistä, mikä on 34 prosenttia väestöstä. Etelä-Savon väkiluku on vähentynyt kymmenen viime vuoden aikana yli 10 000 hengellä. Luonnollinen väestömuutos on ollut pitkään negatiivinen, ja ero syntyneiden ja kuolleiden määrän välillä on tasaisesti kasvanut. Vuonna 2005 syntyneitä oli 665 vähemmän kuin kuolleita. Vuonna 2016 tämä ero oli jo 1 101. Myös nettomaassamuutto on ollut Etelä-Savossa negatiivista, mutta sitä on osin kompensoinut positiivinen nettosiirtolaisuus. Etelä-Savon väestö keskittyy kolmeen maakuntakeskukseen, Mikkeliin, Savonlinnaan ja Pieksämäelle. Viime vuosina myös näiden maakunnan keskustaupunkien väestö on vähentynyt. Tilastokeskuksen ennusteen mukaan Etelä-Savon väestö tulisi vuonna 2030 olemaan 141 059 asukasta.

Väestön koulutusrakenne on Etelä-Savossa hieman koko maan keskitasoa matalampi. Perusasteen jälkeisen tutkinnon suorittaneiden osuus 15 vuotta

täyttäneistä on Etelä-Savossa 68,7 prosenttia (koko maassa 71,3 %). Koulutustaso on korkein Mikkelin seudulla, jossa tutkinnon oli suorittanut 70 prosenttia väestöstä (vuonna 2016). Seutukuntien väliset erot koulutusasteissa olivat kuitenkin verrattain pieniä. Keskiasteen tutkinnon suorittaneita oli Etelä-Savossa 43,4 prosenttia (koko maassa 40,2 %) ja korkea-asteen (alin korkea-aste, alempi korkeakouluaste, ylempi korkeakouluaste, tutkijakoulutus) suorittaneita 24,5 prosenttia (koko maassa 30,4 %).

Väestön terveys ja hyvinvointi

THL:n sairastavuusindeksi kuvaa suomalaisten kuntien ja alueiden väestön sairastavuutta suhteessa koko maan tasoon (koko maan indeksi 100). Ajanjaksolla 2013–2015 Manner-Suomen maakuntien ikävakioimaton keskiarvo oli 76,7–137,4. Etelä-Savon väestön ikävakioimaton indeksi oli 123,8 eli selvästi koko maan keskiarvoa korkeampi. Etelä-Savon sairastavuusindeksi on pysynyt 15 vuotta suunnilleen samalla tasolla ja hieman heikentynyt koko maan kehitykseen nähden. Koko maan indeksi vuosina 2000–2002 oli 106,3 ja vuosina 2013–2015 (vertailuvuosi) 100. Etelä-Savossa vastaavat indeksiluvut olivat 127,5 ja 123,8.

Maakunnan sisäiset erot sairastavuusindeksissä olivat kohtalaisen suuret. Vuosina 2013–2015 ikävakioimaton sairastavuusindeksi oli matalin Mikkelissä (110,3) ja korkein Sulkavalla (151,2). Indeksillä oli Savonlinnassa 119,7 ja Pieksämäellä 139,6.

Toimeentulotukea sai vuonna 2016 Etelä-Savon väestöstä 5,9 prosenttia, mikä on vähemmän kuin koko maan toimeentulotukea saaneiden osuus (7,2 %). Toimeentulotuen saajia oli maakunnassa yhteensä 5 701.

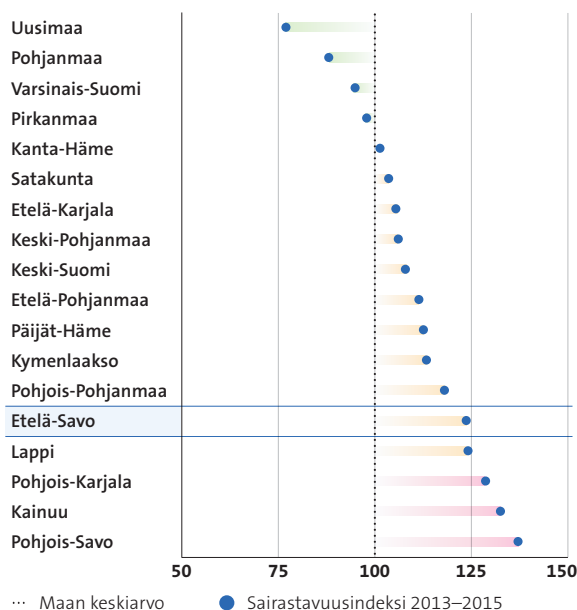
Palvelujärjestelmän toiminnan edellytykset

Maakunnan organisoituminen

Maakuntauudistuksen valmisteluorganisaatio on aloittanut toimintansa Etelä-Savossa. Laajennettu johtoryhmä johtaa uudistuksen käytännön valmistelua. Maakunnan laajennettu johtoryhmä tulee muodostamaan Etelä-Savon lakisääteisen väliaikaisen valmistelutoimielimen. Valmistelu on jaettu seitsemään sisältöalueeseen: (1) sote, (2) alueiden kehittäminen, (3) alueiden käyttö, (4) kasvupalvelut, (5) maatalous, (6) pelastustoimi ja (7) ympäristöterveydenhuolto. Sote-valmistelu on jakautunut vuoden 2018 alusta neljään osaan (järjestäminen, tuottaminen, valinnan-

Kuvio 1.

THL:n sairastavuusindeksi, ikävakioimaton (2013–2015).



vapaus ja muutoksen tukeminen), joiden työtä tukee sote-koordinaattori. Kevään 2018 tärkeimmät valmisteltavat asiakokonaisuudet ovat tulevan maakunnan strategia, palvelustrategia ja järjestämissuunnitelma. Vuoden 2018 aikana työstetään myös maakunnan palvelulupausta.

Sote-valmistelua tekevät seuraavat alatyöryhmät: (1) sosiaali- ja perhepalvelut, (2) terveystalvet (alatyöryhminä vastaanottopalvelut ja kuntoutus, sairaalalpalvelut), (3) vanhuspalvelut, (4) vammaispaalvelut, (5) mielenterveys- ja päihdepaalvelut, (6) kuntoutuspaalvelut, (7) palveluohjaus ja laajan palvelutarpeen arviointi sekä (8) hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. Lisäksi yhdyspintoja on muihin maakunnan valmistelutyöryhmiin, kuten tietohallintoon, henkilöstöön, taloustyöryhmään ja tilahallintoon.

ESPER-hanke on Essoten käynnissä oleva uudistamishanke, joka toteutetaan vuosina 2015–2022. Mikkelin keskussairaalan uudisrakentamisella ja nykyisten tilojen saneeraamisella luodaan tilat tulevaisuuden sote-toimintamallille, jossa erikoissairaanhoido, perusterveydenhuolto ja sosiaalipalvelut yhdistyvät saumattomaksi kokonaisuudeksi samaan organisaatioon. Rakennusprojektin valmistuttua sinne siirtyvät myös Mikkelin kaupungin pääterveysaseman palvelut, merkittävä osa sosiaalipalveluista ja myös psykiatrian palvelut, kun Moisio psykiatrisen sairaala lakkautetaan. Hankkeen kokonaiskustannusarvio on noin 115 miljoonaa euroa. Tämän lisäksi Sosterissa ja perusterveydenhuollon kiinteistöissä tehdään pienempiä

Kuvio 2.

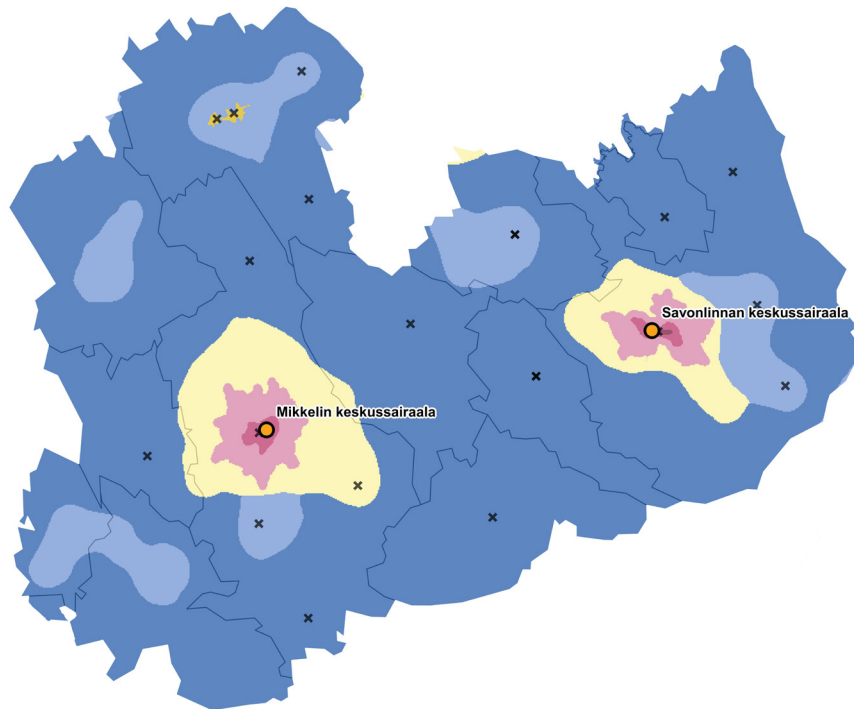
Etelä-Savon maakunnan terveydenhuollon palveluverkko ja kaupunki-maaseutu -luokitus (SYKE).

Kaupunki-maaseutu luokitus

- Sisempi kaupunkialue
- Ulompi kaupunkialue
- Kaupungin kehysalue
- Maaseudun paikalliskeskukset
- Kaupungin läheinen maaseutu
- Ydinmaaseutu
- Harvaan asuttu maaseutu

Terveydenhuollon palveluverkko

- Laajan päivystyksen sairaala (yliopistollinen)
- Laajan päivystyksen sairaala
- Päivystävä sairaala
- Muu sairaala
- X Terveyskeskus tai -asema



korjaus- ja rakentamisinvestointeja. Etelä-Savon keskeiset sosiaali- ja terveydenhuollon toimijat tekevät Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kanssa yhteistyössä asiakas- ja potilastietojärjestelmän kilpailutuksen ja hankinnan, jonka alustava kustannusarvio on 40–60 miljoonaa euroa.

Taloudelliset edellytykset

Etelä-Savon maakunnan sosiaali- ja terveyspalvelujen (sisältää pelastustoimen) kustannusten lähtötaso oli 522,2 miljoonaa euroa vuonna 2017. Laskennallinen rahoitus on siirtymäkauden jälkeen vuodesta 2022 alkaen 527,8 miljoonaa euroa (vuoden 2017 tasossa). Maakunnan sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseen käytettävissä oleva rahoitus kasvaa noin yhden prosentin (39 euroa asukasta kohden). Vähenevän väestön takia kokonaisrahoitus tulee kuitenkin vähenevään, mikä voi aiheuttaa haasteita palvelujen järjestämiseen.

Vuonna 2016 Etelä-Savossa sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot olivat 3 658 euroa asukasta kohti. Tämä oli 20 prosenttia enemmän kuin koko maassa keskimäärin. Alueen palvelutarve oli kuitenkin juuri 20 prosenttia keskimääräistä enemmän, minkä vuoksi tarvevakioituneet menot olivat yhtä suuret kuin koko maassa keskimäärin. Kun tarkastellaan menoja ilman

sosiaalihuoltoa, tarvevakioituneet menot olivat prosentin suuremmat kuin koko maassa keskimäärin.¹

Palveluverkko

Etelä-Savon julkiset sosiaali- ja terveyspalvelut tuotetaan kuudessa eri organisaatiossa, ja maakunnan alueella on kaksi keskussairaalaa. Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä (Essote) tuottaa sosiaali- ja terveyspalveluja seitsemän kunnan alueella (Hirvensalmi, Juva, Kangasniemi, Mikkel, Mäntyharju, Pertunmaa ja Puumala). Lisäksi Essote tarjoaa erikoissairaanhoitoon palveluja Pieksämäelle

¹ Tarvevakioituneista menoista nähdään, miten maakuntien menot suhteutuvat muiden maakuntien menoihin tai maan keskiarvoon. Tarvetekijöinä on huomioitu ikä- ja sukupuolirakenne, sairastavuus ja sosioekonominen asema.

Tarvevakioituneiden menojen perusteella ei voi tehdä suoria johtopäätöksiä toiminnan kustannusvaikuttavuudesta. Laskennallinen tarvekerroin ei huomioi kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon menoihin vaikuttavia tekijöitä. Tarvevakioituneiden menojen laskennassa ei myöskään huomioida alueiden välisiä eroja yksityisten palveluiden tai työterveyspalveluiden saatavuudesta. Toisin sanoen, jos maakunnan tarvevakioituneet menot ovat alhaiset, se voi johtua esimerkiksi tehokkuudesta tai huonosta julkisten palveluiden saatavuudesta tai runsaasta yksityisten palveluiden tai työterveyspalveluiden käytöstä. Jos maakunnan tarvevakioituneet menot poikkeavat merkittävästi maan keskiarvosta, tulee muiden indikaattorien avulla tarkastella tarkemmin, mistä tämä voisi johtua. Tarvevakioituneita menoja ei voi suoraan verrata aikaisempien vuosien tietoihin.

ja Joroisiin. Essote rakentaa parasta aikaa Mikkeliin uutta sairaalakokonaisuutta sosiaali- ja terveyspalveluille. Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (Sosteri) tuottaa sosiaali- ja terveyspalveluja neljän kunnan alueella (Enonkoski, Rantasalmi, Savonlinna ja Sulkava). Sulkavan ja Rantasalmen peruspalvelut on ulkoistettu Attendolle ja Terveystalolle. Sosteri ylläpitää Savonlinnan keskussairaala. Pieksämäen kaupungin perusturva vastaa sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisesta Pieksämäen asukkaille. Varkauden kaupungin sosiaali- ja terveyskeskus järjestää sosiaali- ja terveyspalvelut Joroisten asukkaille. Varkaus kuuluu Pohjois-Savon maakuntaan ja Joroinen liittyy Pohjois-Savoon maakuntauudistuksen yhteydessä. Heinäveden sosiaali- ja terveyspalvelut tuottaa Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä Siun sote. Heinäveden kunta siirtyy maakuntauudistuksen yhteydessä Etelä-Savosta Pohjois-Karjalan maakuntaan.

Itä-Suomen laboratoriokeskuksen liikelaitoskuntayhtymä (ISLAB) tuottaa Essoten ja Sosterin terveyden- ja sairaanhoidon laboratoriopalvelut. Näiden lisäksi ISLABin osakkaina ovat Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri ja Pohjois-Karjalan Siun sote -kuntayhtymä.

Pieksämäellä toimiva Vaalijala on yksi vammaisalan ja muiden erityisryhmien palvelujen osaamis- ja tukikeskuksista Suomessa. Vaalijalan kuntayhtymän omistavat 33 itäsuomalaista kuntaa. Palvelutoiminta rahoitetaan palveluista perittävillä suoritehinnoilla ja asiakasmaksuilla. Vaalijala rahoittaa myös investointimenonsa itse. Sote-uudistuksen jälkeen Vaalijalan on tarkoitus toimia vapaaehtoisena itsenäisenä kuntayhtymänä.

Nykyiseen KYS-erityisvastuualueeseen kuuluu viisi sairaanhoitopiiriä: Pohjois-Savon, Pohjois-Karjalan, Etelä-Savon, Itä-Savon ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirit. Alueen yhteenlaskettu väestömäärä on 815 093 asukasta. Tulevaan yhteistoiminta-alueeseen kuuluvat Etelä-Savon, Keski-Suomen, Pohjois-Karjalan ja Pohjois-Savon maakunnat. Yhteistoiminta-alueella on käynnistynyt lakiehdotuksen mukaisen yhteistyösopimuksen valmistelu. Tavoitteena on laatia suunnitelma toimenpiteistä, joilla sote-palvelujen yhdenvertainen saatavuus Itä- ja Keski-Suomen alueella varmistetaan. Yhteistyösopimuksen tulisi lisäksi kattaa työnjakoon liittyvät keskeiset investointisuunnitelmat (mukaan lukien ICT) sekä henkilöstön yhteiskäyttöön liittyvät toimet, logistiikka-asiat, yhteiset vaikuttavuusmittarit ja toiminnan ohjaukseen liittyvät järjestelmät sekä ensihoitokeskuksen toiminnan järjestäminen. Yhteistyösopimuksessa on tarkoitus sopia myös maakuntien yhteistyöstä ja työnjaosta koulutuksessa, tutkimuk-

sessä ja kehittämistoiminnassa. Ainoana yhteistoiminta-alueen maakunnista Etelä-Savon maakuntaan ei ole tämänhetkisten suunnitelmien mukaan tulossa laajan päivystyksen sairaalaa.

Henkilöstöresurssit

Essoten, Sosterin ja Pieksämäen perusturvan palveluksessa oli vuoden 2017 lopussa noin 5 800 työntekijää ja viranhaltijaa, joista lähes kaikki siirtynevät maakunnan ja maakunnan liikelaitoksen palvelukseen.

Lääkäriliiton selvityksen mukaan Etelä-Savon terveyskeskuksissa työskenteli vuoden 2017 lopussa 81 lääkärinä. Tehtävistä kaksi kolmasosaa oli virkalääkärin (tai sijaisen) hoitamia. Ainoastaan viiden (6 %) terveyskeskuslääkärin tehtävät oli hoidettu ostopalveluna tai ulkoistamalla. Täyttämättä oli 19,5 virkaa, joista 10:een ei katsottu olevan sijaistarvetta, joten varsinaisen lääkärivaje oli 9,5 virkaa (11,7 %).

Sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävissä rekrytointiongelmia koskevat erityisesti lääkäreitä, puheterapeutteja ja sosiaalityöntekijöitä.

ICT-ratkaisut

Essote ja Sosteri sekä Vaalijalan kuntayhtymä käyttävät Effica-potilastietojärjestelmää, ja Pieksämäen perusturva käyttää Pegasos-potilastietojärjestelmää. Sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmät ovat ProConsona ja SosiaaliEffica. Edellä mainitut organisaatiot kilpailuttavat yhteistyössä Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kanssa asiakas- ja potilastietojärjestelmän.

Pyrkimyksenä on hankkia Etelä-Savon maakunnan alueelle yhteinen asiakas- ja potilastietojärjestelmä, joka tukee sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan laadullista ja määrällistä kehittämistä sekä palveluintegraatiota. Järjestelmän tulee mahdollistaa yksilöllinen, asiakassuunnitelmaan perustuva hoito ja palvelu läpi sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuuden, asiakkaan aito osallistuminen häntä koskeviin päätöksiin ja hoitoon sekä uusien innovatiivisten palvelujen käyttö. Sen tulee myös täyttää sote-uudistuksen vaatimus toimintojen integroinnista. Päätös käyttöön otettavasta pääjärjestelmästä ja mahdollisista erillisjärjestelmistä tehdään tämän hetken suunnitelmien mukaan syksyllä 2018. Asiakas- ja potilastietojärjestelmän käyttöönottohanke on sekä kustannusten että prosessin näkökulmasta merkittävä osa maakuntauudistusta. Hankkeen alustava kustannusarvio on 40–60 miljoonaa euroa.

Sosiaali- ja terveystalvet kustannukset

Sosiaali- ja terveystalvet kustannusten kehitys

Sosiaalitalvet ja terveydenhoidon kustannukset on arvioitu menetelmin, joita on pitkään käytetty EU:n fiskaalisen kestävyyden metodologian mukaisesti näiden talvetiden menopaineen kehityksen arvioinnissa. Metodologia kattaa sosiaalitalvetiden, terveydenhoidon ja tulonsiirtojen rakenteen varsin yksityiskohtaisesti. Sen ytimessä on menojen linkittäminen eri ikäryhmiin, jolloin väestöennusteen perusteella on arvioitavissa, kuinka talvetiden volyymi kehittyy tulevaisuudessa. Arvioon liitetään myös oletuksia reaalipalkkojen ja inflaation kehityksestä, jotka fiskaalisen kestävyyden arvioinnissa linkittyvät nekin yhteiseen EU-metodologiaan. EU-metodologia ei ulotu käytettyihin laskentamalleihin asti, ehkä siksikin, että hyvinvointitalvetiden ratkaisussa on EU-maiden välillä suuria eroja. Suomessa hoivajien ja tulonsiirtojen kokonaisuutta arvioidaan SOME-mallilla.

Simulaatioharjoitusta varten SOME-malli on alueellistettu, ja sitä käytetään aluksi sosiaalitalvetuihin ja terveydenhoitoon sivuuttaen tulonsiirrot ja mm. eläkkeet. Arviointi kattaa keskeiset laitos- ja avohoidon talvetlumuodot sekä perusterveydenhoidon ja erikois-

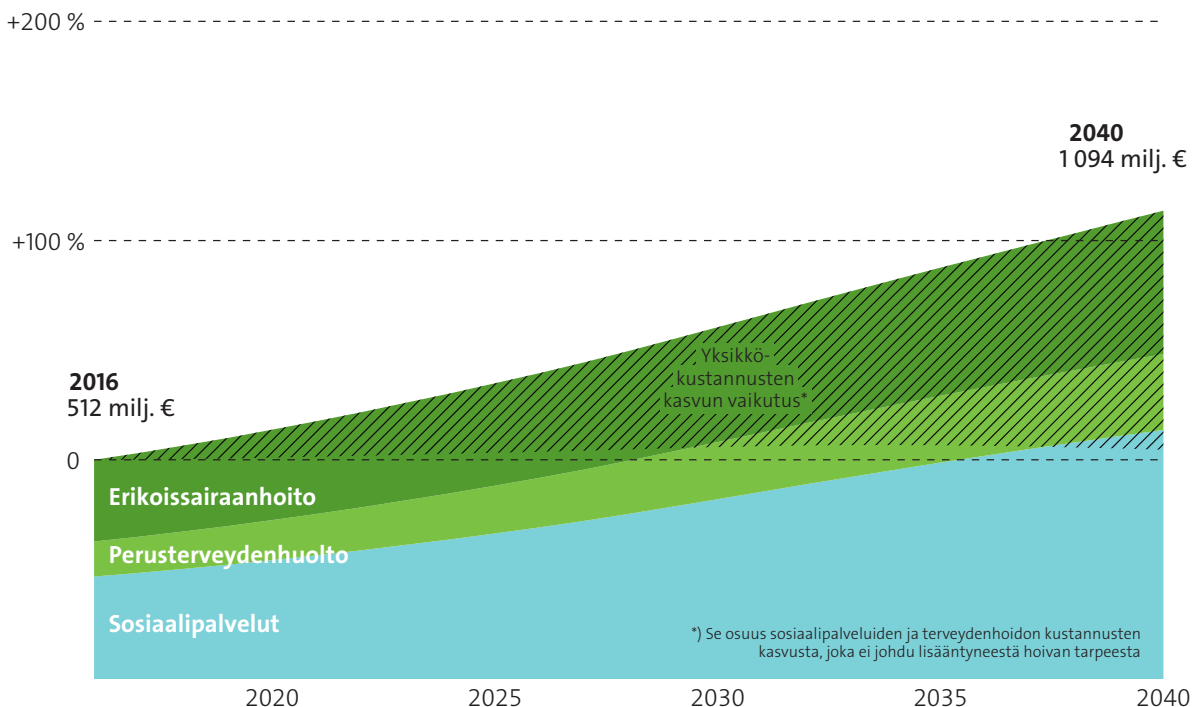
sairaanhoidon eri muodot. Arvioinnissa on käytetty tuoreimpia, kuntatilastosta koottuja laskennallisia nettokustannustietoja, jotka kattavat vuoden 2016. Suurimpina menoerinä koko maan tasolla erottuvat erikoissairaanhoidon sairaalahoido (noin 3 miljardia euroa) ja avohoido (noin 2,3 miljardia euroa) sekä toisaalta vanhusten ja vammaisten eriaisteiset asuminen- ja laitoshoitotalvet, joiden yhteiskustannukset ovat lähes erikoissairaanhoidon luokkaa.

Tässä vaiheessa malli on toteutettu nykyisen maakuntajaon mukaisesti; maakuntien kustannuksista on käytettävissä ajantasaista tietoa. Aluejako on suhteellisen helposti päivitettävissä järjestämisvastuita vastaavaksi. Sen sijaan eri toimenpiteiden ja niiden kustannusten jakautumisesta väestön ikäluokkien välillä ei vielä ole ollut käytettävissä kattavaa alueellista tietoa. Tässä on siksi oletettu, että jakauma maakunnissa vastaa koko maan jakaumaa. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että arvioinnissa voi syntyä eroja maakuntien välillä vain väestön ikärakenteesta tapahtuvien muutosten vuoksi.

Kuviossa on esitetty arvio sosiaali- ja terveystalvetluiden kustannusten kehityksestä Etelä-Savossa vuosina 2016–2040. Kuvioon on koottu kustannukset pääluokittain. Oletuksena on, että kaikissa pääluokissa vuotuinen reaalipalkkojen ja kuluttajahintojen kautta syntyvä kustannuspaine on yhteensä kolme prosenttia. Lisäksi siihen on kuvattu pelkästään ikärakenteen muutoksesta johtuva kasvu. Näillä oletuksilla koko maan kustan-

Kuvio 3.

Arvio sosiaali- ja terveystalvetluiden kustannusten kehityksestä Etelä-Savon maakunnassa vuosina 2016–2040.



nukset kasvavat vuoteen 2030 mennessä 77 prosenttia ja väestö 4,6 prosenttia; vanhusväestön määrä kasvaa reilut 30 prosenttia. Vuoteen 2040 koko maan kustannukset puolitoistakertaistuvat, kun taas väestö kasvaa 6,4 prosentilla ja vanhusväestö lähes 37 prosentilla.

Etelä-Savon hoivamenojen kasvuksi ennakoitaan vuodesta 2016 vuoteen 2030 noin 61 prosenttia ja vuoteen 2040 mennessä noin 114 prosenttia. Etelä-Savon väestö supistuu vajaalla kuudella ja puolella prosentilla vuoteen 2030 mennessä ja noin kymmenellä prosentilla vuoteen 2040 mennessä. Vanhusväestön kasvu ylittää Etelä-Savossakin selvästi koko väestön kasvun (noin 24 prosenttia vuoteen 2030 mennessä) mutta jää hieman koko maan keskiarvoa alemmaksi.

Somaattisen erikoissairaanhoidon tarvevakioitujen menot ja tuottavuus

Erikoissairaanhoidon asukaskohtaisia kustannuksia voidaan tarkastella suhteessa alueiden palvelutarpeeseen. Somaattisen erikoissairaanhoidon kustannuksiin vaikuttavat tekijät voidaan jakaa kahteen osaan: palvelujen käyttöön ja tuottavuuteen. Palvelujen käytöllä tarkoitetaan sitä, kuinka paljon alueen väestö on käyttänyt palveluja suhteessa maan keskitasoon. Palvelujen käyttöä mitataan niin sanotuilla painotetuilla hoitoepisodeilla¹, jotka huomioivat alueiden erilaiset potilasrakenteet. Tuottavuus taas kuvaa sitä, kuinka edullisesti alueen potilaat on hoidettu. Tuottavuutta mitataan painotettujen episodien kustannuksilla.

Tarvevakioinnilla otetaan puolestaan huomioon alueiden erot ikärakenteen, sairastavuuden sekä tiettyjen sosioekonomisten tekijöiden välillä. Erikoissairaanhoidon tarvetta selittää osin eri tekijät kuin yleistä sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetta, ja tähän on laskettu eri tarvekerroin². Jakamalla laskennalliset kustannukset (asukasta kohti) erikoissairaanhoidon tarvekertoimella saadaan tarvevakioitujen erikoissairaanhoidon kustannukset asukasta kohti. Kun ne jaetaan edelleen tuottavuudella³, saadaan vakioitujen episodien kustannukset eli tarvevakioitu erikoissairaanhoidon käyttö.

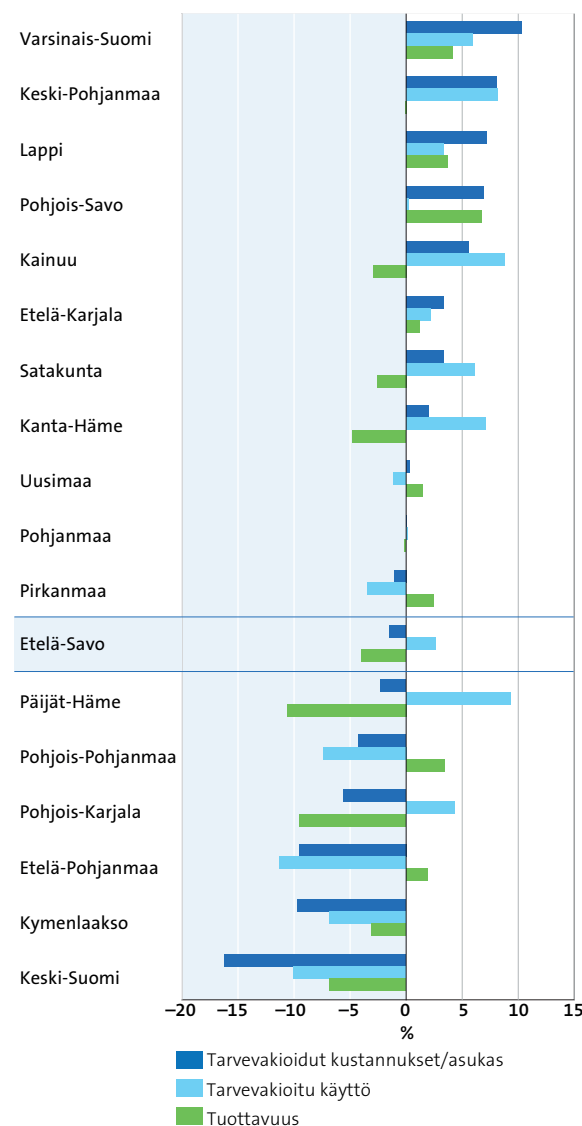
Korkeimmat tarvevakioitujen erikoissairaanhoidon menot asukasta kohti laskettuna olivat vuonna 2016 Varsinais-Suomessa (kuvio 4), missä ne ylittivät maan keskitason kymmenellä prosentilla. Euromääräisesti tämä tarkoittaa, että Varsinais-Suomessa käytettiin vuodessa noin 10 prosenttia asukasta kohti enemmän rahaa somaattiseen erikoissairaanhoidon kuin maassa keskimäärin; tämä johtuu kuusi prosenttia keskimääräistä suuremmasta palvelujen käytöstä ja neljä pro-

senttia huonommasta tuottavuudesta. Keski-Suomessa vastaavat kustannukset olivat 15 prosenttia koko maan keskitasoa alhaisemmat, ja syynä on sekä keskimääräistä vähäisempi palvelujen käyttö että parempi tuottavuus. Mitä suurempi positiivinen prosenttiluku, sitä suuremmat kustannukset maan keskitasoon verrattuna. Jos tuottavuus on maan keskitasoa parempi, se näkyy poikkeamana negatiivisen prosenttiluvun suuntaan.

Etelä-Savossa somaattisen erikoissairaanhoidon tarve oli 17 prosenttia maan keskitasoa korkeampi. Somaattisen erikoissairaanhoidon tarvevakioitujen kustannukset asukasta kohti olivat prosentin pienemmät kuin koko maassa keskimäärin. Erikoissairaanhoidon tarvevakioitua käyttöä oli viisi prosenttia vähemmän kuin maassa keskimäärin.

Kuvio 4.

Somaattisen erikoissairaanhoidon tarvevakioitujen menojen sekä palvelujen käytön ja tuottavuuden poikkeama maan keskiarvosta (%) maakunnittain vuonna 2016.



1 Häkkinen, P. & Matveinen P. (2015)

2 Vaalavuo, M. ym. (2013) tutkimuksen aineistoon pohjautuen.

3 Tuottavuus = laskennalliset kustannukset € / episodi, indeksi koko maassa = 100

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen (HYTE) valmistelu on syksyllä 2017 tehdyn HYTE-maakuntakierroksen perusteella alkuvaiheessa. HYTE-toiminnan sijoittumisesta maakunnan keskushallintoon ei ole tietoa. Maakuntavalmistelussa HYTE-toiminnan suunnitteluun on nimetty ryhmä ja HYTE-koordinaattori on nimetty.

Arvioimme maakunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen *toimintaa* Etelä-Savon kunnissa tehdyn työn näkökulmasta: mitkä ovat toiminnalliset ja organisatoriset lähtökohdat maakunnallisen HYTE-toiminnan käynnistyessä alueella? Tätä silmällä pitäen on valittu myös indikaattorit, joita seuraavassa käytetään arvioinnin pohjana. Indikaattorit painottuvat terveyssektorille, sillä toistaiseksi käytettävissä olevat sosiaalitoimen indikaattorit kuvaavat lähinnä palvelujärjestelmän toimintaa, jolloin toivottavan tavoitetason määrittäminen on vaikeampaa kuin vaikkapa terveydentilassa.

Kaikissa alueen 13 kunnassa on valtuustossa hyväksytty hyvinvointikertomus. Seitsemässä kunnassa on joko oma (5) tai useamman kunnan yhteinen (2) hyvinvointikoordinaattori tai -suunnittelija. Väestöryhmien välisistä terveyseroista on raportoitu valtuustolle kymmenessä kunnassa. Kahdessa kunnassa on tehty päätös ennakoarvioinnin käytöstä kuntalaisten hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavien päätösten valmistelussa. Osallisuuden edistämiseksi 4 alueen kuntaa on kuvannut verkkosivuillaan kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia. Perusterveydenhuollon asiakkaita 44 / 10 000 asukasta (koko maassa 26,7 / 10 000) oli saanut lääkäriltä, hoitajalta, fysioterapeutilta tai toimintaterapeutilta liikuntaan liittyvää ohjausta tai neuvontaa.

Maakunnan HYTE-toiminnan tarvetekijöitä on arvioitu tunnusluvuilla, joilla on selvä yhteys asukkaiden hyvinvointiin ja terveyteen; näihin asioihin myös maakunta ja kunnat voivat yhdessä vaikuttaa. Osa vaikuttavista toimista on sellaisia, että ne edellyttävät sektorirajat ylittävää yhteistyötä, osaan taas tarvitaan alueellista yhteistyötä joko kuntien ja maakunnan välillä tai kuntien kesken. Vaikeimmat HYTE-toiminnan tarvetta synnyttävät ilmiöt edellyttävät kaikkien osapuolten yhteistyötä. Tällaisia ovat esimerkiksi rakennetyöttömyys ja jääminen koulutuksesta syrjään. Rakennetyöttömyys eli vaikeasti työllistyvien osuus alueen 15–64-vuotiaista on 6,6 prosenttia (koko maassa 6,2 %). Niiden 17–24-vuotiaiden osuus, joilla ei ole peruskoulun jälkeistä tutkintoa, on 7 prosenttia (koko maassa 8,3 %). ARA-asuntojen osuus maakun-

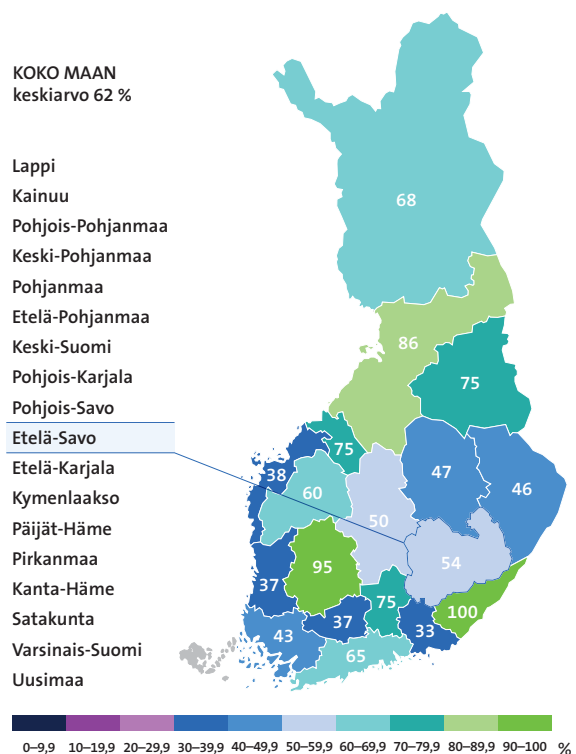
nassa kuvaa sosiaaliseen tarkoituksenmukaisuuteen ja taloudelliseen tarpeeseen perustuvan asutokannan osuutta koko asutokannasta. Maakunnassa osuus on 12,4 prosenttia asutokannasta, mikä vastaa maan keskiarvoa (koko maassa 12,1 %).

Lihavien aikuisten osuus on 20,9 prosenttia (koko maassa 18 %), ja sadan metrin matkan juoksemisessa suuria vaikeuksia on 17,2 prosentilla (koko maassa 12 %:lla). Korkeasti koulutetuista 18,4 prosenttia (koko maassa 15 %) ja matalan koulutuksen saaneista 38 prosenttia (koko maassa 36 %) ilmoittaa, että ei todennäköisesti jaksa työskennellä vanhuuseläkeikään saakka.

Tarttuvien tautien tunnusluvuksi on tässä tarkastelussa valittu alueella todettujen klamydiainfektioiden määrä. Maakunnan tapausmäärät (225 tapausta / 100 000 asukasta) eivät ole kaukana kansallisesta keskiarvosta (242 tapausta / 100 000 asukasta).

Kuvio 5.

HYTE-koordinaattori tai suunnittelija kunnassa, % maakunnan kunnista



Maakuntavalmistelun aikana maakunta organisoii toimintansa ja rakentaa yhteistyön mm. alueen kuntien kanssa asukkaiden osallisuuden, hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden lisäämiseksi. Tässä toiminnassa maakunta tulee olemaan keskeinen toimija. Arviointiin nyt (simulointiharjoituksessa) valittujen

tunnuslukujen valossa vaikuttaa siltä, että alueen tarvetekijät ovat alle maan keskitason. Sairastavuus on suurta. HYTE-toiminnassa on vertailun perusteella maakunnan alueella vielä kehitettävää. Merkittäviä kuntapäätöksiä ja tulevaisuudessa maakuntapäätöksiä valmisteltaessa on HYTE-toiminnassa kiinnitettävä huomiota paitsi tautien synnyn ja sosiaalisten ongelmien riskitekijöiden vähentämiseen myös osallisuuden edistämiseen, väestöryhmien eriarvoisuuden kaventamiseen ja vaikutusten ennakkoarviointimenetelmien käyttöönottoon. HYTE-koordinaattorin tai yhdyshenkilön nimeäminen suurempaan osaan alueen kunnista voisi edistää HYTE-toimintaa.

Ennaltaehkäisevät palvelut

Sosiaali- ja terveydenhuollon ehkäisevät palvelut ovat keskeisessä roolissa tuettaessa väestön terveyttä ja hyvinvointia. Ehkäisevien palvelujen kivijalan muodostavat äitiys- ja lastenneuvola sekä kouluterveydenhuolto, jotka tavoittavat koko ikäluokan. Nuorten osalta keskeisessä asemassa on opiskeluterveydenhuolto, joka tavoittaa suurimman osan ikäluokasta. Näiden palvelujen toteutumista on arvioitu terveystarkastusten näkökulmasta ”Lasten, nuorten ja perheiden palvelut” -osiossa. Tässä arvioidaan kuitenkin opiskeluhuoltopalvelujen psykologi- ja kuraattoriresurssien riittävyyttä. Vaikka psykologi- ja kuraattoripalvelujen järjestämisvastuu on suunniteltu kunnille, on ne huomioitava arvioitaessa maakunnan järjestämien opiskeluhuoltopalvelujen toimivuutta.

Tässä luvussa kuvataan muutamien tunnuslukuvin perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan ja suun terveydenhuollon toteutumista. Seulontojen osalta soveltuvat indikaattorit eivät olleet vielä saatavilla, ja sosiaalihuollon ehkäisevien palvelujen arviointiin soveltuvat tiedot ovat vasta rakentumassa, kun sosiaalihuollon rakenteisia tietoja kehitetään. Iäkkäiden

ennaltaehkäisevien palvelujen kokonaisuus on laaja. Tietoja esimerkiksi iäkkäiden neuvonta- ja neuvola-palveluista, asunnon muutostöistä tai kuntoutuksesta ei ole saatavilla. Tähän arviointiin on otettu ainoastaan omaishoidossa olevien saaman kotihoidon laajuus.

Tilannetta arvioitaessa on otettava huomioon potilastietojärjestelmän kirjaamiskäytäntöjen mahdollisten eroavaisuuksien vaikutus tietojen kattavuuteen.

Päihteiden tai tupakan käytöstä on alueella tehty strukturoitua kartoitusta huomattavasti muuta maata enemmän. Vuonna 2017 on tehty 99 kartoitusta 10 000 asukasta kohden (koko maassa 21 / 10 000). Vuonna 2017 perusterveydenhuollossa oli kirjausten mukaan tehty työttömien terveystarkastuksia 1,6 prosentille työttömistä, mikä on hieman enemmän kuin koko maassa (1,3 %). Terveystarkastuksia tulisi tehdä työttömille huomattavasti enemmän, asiantuntijoiden arvion mukaan noin 30–40 prosentille vuosittain.

Yli 75-vuotiaiden omaishoitajien jaksamista tuetaan omaishoidossa olevien kotipalvelulla maan keskiarvoa enemmän. Omaishoidossa olevista 49,7 prosenttia on myös kotihoidon asiakkaita (koko maassa 37 %).

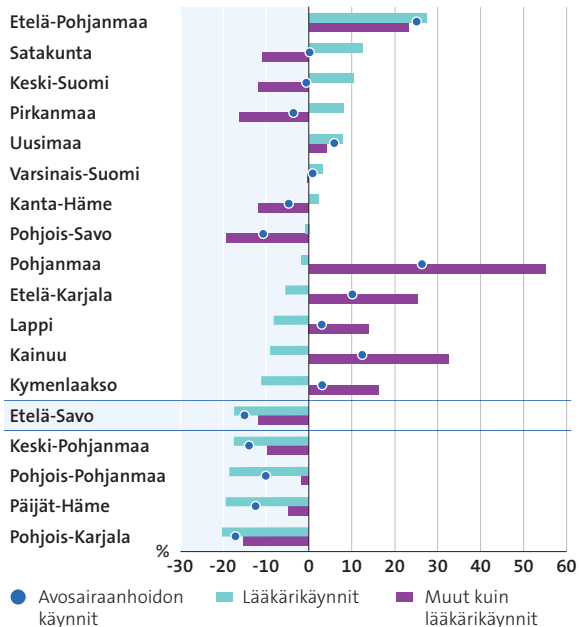
Lapset ja nuoret käyvät suun terveyden tarkastuksessa suuhygienistillä tai hammashoitajalla ollessaan ensimmäisellä, viidennellä ja kahdeksannella vuosiluokalla, muuten tarveperusteisesti. Alueen 0–17-vuotiailla on ollut 544 käyntiä terveyskeskuksen suuhygienistillä 1 000 vastaavanikäistä kohden vuoden aikana, mikä on enemmän kuin maassa keskimäärin (464 / 1 000). Tässä ikäryhmässä suuhygienistit tekevät pääasiassa ennaltaehkäisevää työtä sekä lisäksi (paikallista työnjaosta riippuen) oikomishoitoa.

Opiskeluhuoltopalveluiden psykologien työpanos on 3,1 tuntia sataa oppilasta kohden viikossa, ja se on saman verran kuin koko maassa keskimäärin (3,1 tuntia / 100 oppilasta). Opiskeluhuoltopalveluiden kuraattorien työpanos on 5,3 tuntia sataa oppilasta kohden viikossa. Se on hieman enemmän kuin maassa keskimäärin (4,8 tuntia / 100 oppilasta).

Perusterveydenhuolto

Kuvio 6.

Maakunnan sairastavuusindeksillä korjattujen avosairaanhoidon käyntien poikkeama maan keskiarvosta, avosairaanhoidon käynnit yhteensä, lääkärikäynnit ja muut kuin lääkärikäynnit



Palvelujen saatavuutta arvioidaan palvelujen käytöllä ja hoitotakuun toteutumisella. Avosairaanhoidon käyntejä oli Etelä-Savon alueella 1,9 asukasta kohden, mikä on 15 prosenttia vähemmän kuin maassa keskimäärin (keskiarvosta sairastavuusindeksillä korjattu käyntimäärä). Lääkärikäyntejä oli 17 prosenttia vähemmän ja muita kuin lääkärikäyntejä 12 prosenttia vähemmän kuin em. laskennallinen käyntimäärä. Kiireettömän vastaanottoajan varanneista 64 prosenttia pääsi lääkärin vastaanotolle viikon sisällä (koko maassa 42 %, vaihteluväli 25–69 %). Hoitotakuussa määrätty enimmäisaika (3 kk) ylittyi 3,6 prosentissa kaikista perusterveydenhuollon avosairaanhoidon käynneistä (koko maassa 2,1 %, vaihteluväli 0–11 %).

Kyselytutkimusaineiston perusteella palveluita tarvinneista 28 prosenttia ei ollut saanut terveyskeskuslääkärin palveluita riittävästi (vaihteluväli 21–34 %).

Asiakkaista 31 prosenttia tunsivat voineensa osallistua omaan hoitoonsa (koko maassa 28 %, vaihteluväli 19–34 %). 36 prosenttia koki, että asiat olivat hoituneet sujuvasti ja että tieto oli kulkenut ammattilaisten välillä (koko maassa 46 %, vaihteluväli 32–55 %). 64 prosentilla on mielestään ollut aito mahdollisuus valita terveysasema (koko maassa 67 %, vaihteluväli 57–77 %). Valinnan perustana olevaan tiedon määrään – mm. jonotusajoista ja laadusta – oli tyytyväisiä 34 prosenttia, mikä on enemmän kuin maassa keskimäärin (29 %).

Terveysasemaa vaihtaneiden osuus 12 kuukauden aikana palvelua käyttäneistä oli Etelä-Savon alueella 2,7 prosenttia, vähemmän kuin maassa keskimäärin (vaihteluväli 0,6–5,3 %).

Hoitajan vastaanotolla käyneistä 20 prosenttia kävi lääkärin vastaanotolla kolmen vuorokauden sisällä hoitajalla käynnistä. Maakuntien välillä vaihtelu oli tässä suurta (0,2–56,8 %); arvo kuvaakin toimintatapojen eroa. 0,96 prosenttia potilasta kävi terveyskeskuslääkärin vastaanotolla yli 10 kertaa vuodessa, osuus vaihtelee maakuntien välillä 0,58 prosentista 2,04 prosenttiin.

Hoitokäytäntöjen laatua arvioitiin tarkastelemalla mikrobilääkemääräyksiä epäspesifisen ylähengitystieinfektion hoidossa: Niiden potilaiden osuus, jotka saivat lääkemääräyksen antibioottia varten, vaihteli maakuntien välillä 9,8 prosentista 31,7 prosenttiin. Etelä-Savon alueella osuus oli 23 prosenttia, mikä on sama kuin maassa keskimäärin.

Perusterveydenhuollon avohoidon (pois lukien suun terveydenhoito) nettokäyttökustannukset olivat 58 milj. euroa. Asukasta kohden laskettuna se on 412 euroa. Maan keskiarvo oli 359 euroa (vaihteluväli 293–489 euroa).

Perusterveydenhuollossa oli avosairaanhoidon vastaanottokäyntejä 14 prosenttia vähemmän kuin maassa keskimäärin; lääkärikäyntejä oli jopa 17 prosenttia vähemmän ja muita kuin lääkärikäyntejä 12 prosenttia vähemmän. Terveyskeskuslääkärin palveluja kokee saaneensa riittämättömästi 28 prosenttia. Hoitotakuu toteutui kohtalaisesti. 64 prosentilla on mielestään ollut aito mahdollisuus valita terveysasema, ja valinnan perusteena olevan tiedon määrään oli tyytyväisiä 34 prosenttia, mutta vaihtaneita oli vähemmän kuin maassa keskimäärin.

Mielenterveys- ja päihdepalvelut

Mielenterveysindikaattorit on valittu siten, että niistä muodostuu kuva mielenterveysongelmien yleisyydestä ja erilaisten mielenterveyspalvelujen saatavuudesta ja käytöstä maakunnassa. Hoidon laadusta oli saatavilla niukasti indikaattoritietoa, mutta psykoosisairauksien osalta tarkasteltiin tahdosta riippumatonta hoitoa ja pakkotoimien käyttöä sekä sairaalahoidon pitkittymistä.

Päihdepalveluja koskevien indikaattoreiden pohjalta saa yleiskuvan alueen aikuisväestön päihhteiden käytöstä sekä päihdeongelmiin ja päihhteistä aiheutuviin sairauksiin liittyvästä palveluiden käytöstä. Sosioekonomisiin terveyseroihin keskeisesti vaikuttavaa alkoholikuolleisuutta tarkastellaan alimman tuloluokan alkoholinkulutuksen vuoksi menetettyjen elinvuosien määrän (PYLL, tieto vuodelta 2013) pohjalta, koska alkoholinkulutuksen muutokset näkyvät alimmassa tuloryhmässä muita tuloryhmiä voimakkaammin. Mukana on myös ehkäisevän päihdetyön laatua ja tarvetta kuvaavat kaksi indikaattoria.

Palveluiden asiakaslähtöisyydestä ja yhdenvertaisuudesta ei tätä arviointia varten ollut indikaattoritietoja eikä myöskään henkilöstöä koskevia indikaattoritietoja.

Etelä-Savon alueella mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys on maan keskiarvoa selvästi suurempi. Erityiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutettuja on 2,3 prosenttia väestöstä (koko maassa 1,8 %), ja mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä saavia 25–64-vuotiaita on Etelä-Savossa 4,6 prosenttia vastaavanikäisestä väestöstä (koko maassa 3,5 %). Mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneiden osuus vastaavanikäisestä väestöstä oli 25–64-vuotiaiden osalta maan keskiarvoa alhaisempi mutta 18–24-vuotiaiden osalta hieman korkeampi. Psykkisesti kuormittuneiden osuus maakunnassa on maan keskiarvoa suurempi.

Avohoidon mielenterveyspalvelujen käyttö alueella on maan keskitasoa jonkin verran runsaampaa. Aikuisten mielenterveyden avohoitokäyntejä on 576 tuhatta 18 vuotta täyttäneitä kohden (koko maassa 518). Erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä oli 279 tuhatta 18 vuotta täyttäneitä kohden ja perusterveydenhuollon avohoitokäyntejä 255 tuhatta asukasta kohden (koko maassa 340 ja 144).

Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivien määrä alueella on jonkin verran maan keskiarvoa suurempi 18–24-vuotiaiden ikäryhmässä ja merkittävästi suurempi 25–64-vuotiaiden ikäryhmässä mutta hieman maan keskiarvoa pienempi 65 vuotta täyttäneillä. Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrättyjä 18

vuotta täyttäneitä on 1 000 vastaavanikäistä kohden selvästi koko maan keskiarvoa enemmän. Pakkotoimien käyttö tahdosta riippumattomien hoitojaksojen aikana on hieman maan keskiarvoa yleisempää. Yli 90 päivää yhtäjaksoisesti sairaalassa olleiden psykiatrian potilaiden osuus on maan keskiarvoa suurempi.

Psykiatrian kuntoutuskotien asiakkaita on ympärivuorokautisesti tuetuissa palveluissa selvästi maan keskiarvoa enemmän ja ei-ylävuorokautisissa palveluissa hieman maan keskiarvoa vähemmän asukaita.

Kelan korvaamaa psykoterapiaa alueella saadaan huomattavasti maan keskiarvoa vähemmän. Psykoterapiaa on 16–24-vuotiaista saanut 4,9 tuhatta vastaavanikäistä kohden (koko maassa 10). Vastaavat luvut 25–64-vuotiailla ovat 5,4 ja 9 tuhatta vastaavanikäistä kohden. Kelan korvaamia yksityispsykiatrikäyntejä on selvästi maan keskiarvoa vähemmän.

Kaiken kaikkiaan mielenterveyspalvelujen käyttö alueella on runsasta ja jossain määrin laitospainotteista. Erityisesti 25–64-vuotiailla on laitoshoidon hoitopäiviä huomattavasti maan keskiarvoa enemmän. Osittain tilannetta selittää vakavien mielenterveyshäiriöiden yleisyys, mutta monipuolistamalla avohoitaja asumis- ja palveluja on mahdollista vähentää laitospalvelujen tarvetta. Tahdosta riippumatonta hoitoa käytetään keskimääräistä enemmän, ja sitä tulisi pyrkiä vähentämään. Psykoterapian saatavuus on muuta maata heikompi.

Etelä-Savon alueen aikuisväestöstä päivittäin tupakoivia on 17,5 prosenttia (koko maassa 16,6 %), alkoholia liikaa käyttäviä on 30,7 prosenttia (AUDIT-C-mittarin mukaan riskipistemäärät ylittävien osuus; koko maassa 33,2 %) ja kannabista viimeisen vuoden aikana käyttäneitä on 2,7 prosenttia (koko maassa 4,4 %). Pääasiassa huumeiden pistämällä tapahtuvaan käyttöön liittyviä uusia hepatiitti C -tartuntoja alueen 100 000:ta asukasta kohden on todettu 18,4 (koko maassa 20,8).

Päihdeongelmaisia hoidetaan avopalveluissa muuta maata enemmän. Perusterveydenhuollon avohoidossa tehtävässä päihdetyössä on jonkin verran enemmän potilaita (7,3/1000 asukasta) kuin koko maassa (6,2). Päihdehuollon avohoidossa on niin ikään enemmän asiakkaita (10/1000 asukasta) kuin koko maassa (8,2). Erikoissairaanhoidon avohoidossa on päihhteiden vuoksi vähemmän potilaita (4,5/1000 asukasta) kuin koko maassa (5,4).

Etelä-Savon alueella päihhteiden käyttäjien ympärivuorokautinen hoito painottuu päihdehuollon katkaisu- ja kuntoutushoitoon maan keskitasoa enemmän. Päihhteiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla on saman verran potilaita (2,8/1000 asukasta) kuin koko maassa (2,8). Päihde-

huollon laitoksissa katkaisuhoidossa ja kuntoutuksessa on jonkin verran enemmän asiakkaita (3,0/1000 asukasta) kuin koko maassa (2,4) ja päihdehuollon asumispalveluissa asiakkaita (1,1/1000 asukasta) on saman verran kuin maassa keskimäärin (1,1).

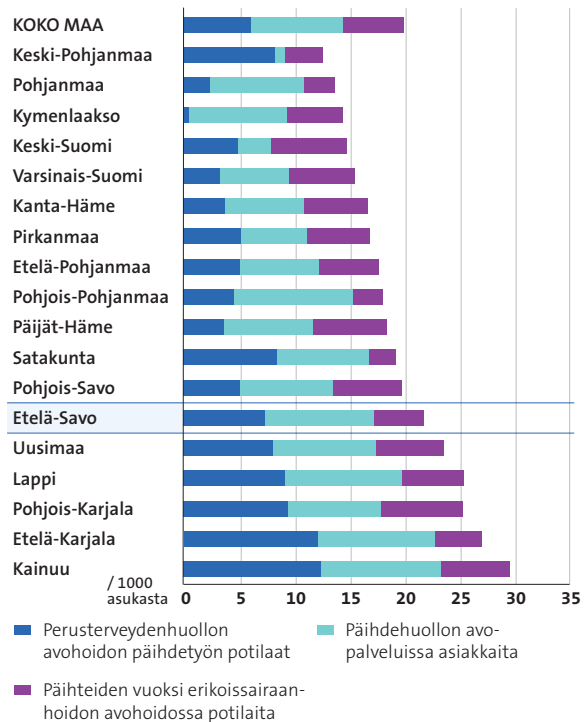
Kaikkein pienituloisimmilla 25–80-vuotiailla on alkoholikuolemien vuoksi menetettyjä elinvuosia (PYLL) huomattavasti enemmän (4 364/100 000 vasaavanikäistä) kuin koko maassa (3 261).

Ehkäisevästä päihdetyöstä vastaava toimielin on nimetty 64,3 prosentissa alueen kunnista (koko maassa 44,1 %). Etelä-Savon alueen yläkoulujen luokkien 8 ja 9 oppilaista tosi humalassa vähintään kerran kuukaudessa on lähes yhtä paljon oppilaita (9,7 %) kuin koko maassa (10,2 %).

Kaiken kaikkiaan alueen aikuisväestön päivittäisen tupakointi on hieman maan keskitasoa yleisempää, mutta muutoin päihteiden käyttöä on keskimääräistä vähemmän. Päihteiden käyttäjiä hoidetaan avopalveluissa muuta maata enemmän sekä päihdehuollon erityispalveluissa että perusterveydenhuollon avohoidossa. Ympäri vuorokautista päihdehuollon katkaisu- ja kuntoutushoitoa käytetään keskimääräistä enemmän. Alkoholikuolemien vuoksi menetettyjen pienituloisimpien elinvuosien määrä on huomattavan korkea, mikä ilmentää alkoholikuolleisuuden korkean tason lisäksi nuorempana tapahtuneita kuolemia. Päihdepalveluiden kehittämisessä on syytä kiinnittää huomiota pistämällä huumeita käyttävien, syrjäytymisriskissä olevien ja nuorten tarpeenmukaisten palveluiden riittävään saatavuuteen. Ehkäisevän työn osalta Etelä-Savon kunnissa on jo nimettyjä ehkäisevän päihdetyön toimielimiä useammin kuin maassa keskimäärin, mutta ehkäisevän päihdetyön kehittäminen vaatii edelleen panostusta sekä koordinaation että myös tupakoinnin vähentämisen osalta.

Kuvio 7.

Päihdeongelmien tai -sairauksien vuoksi avohoidossa vuonna 2016 hoidetut potilaat perusterveydenhuollon päihdetyössä, päihdehuollon erityispalveluissa ja erikoissairaanhoidossa suhteessa väestöön



Erikoissairaanhoito

Etelä-Savon maakunnan aineisto muodostuu Etelä- ja Itä-Savon sairaanhoitopiirien tiedoista, joihin on tehty tarvittavia painotuksia väestö- ja potilasmäärätiedoilla.

Väestön palvelujen tarve on sairastavuus- ja kansantauti-indeksien valossa maakuntien suurimpia. Sepelvaltimotauti-indeksi on maan toiseksi korkein ja myös muu sairastavuus sekä vammojen tai myrkytysten aiheuttama hoidon tarve on suurta.

Maakunnassa on tarjolla somaattista erikoissairaanhoitoa Mikkelin ja Savonlinnan keskussairaaloissa, mutta myös rajoitetusti Pieksämäen kaupungin erikoislääkärijohtoisessa terveyskeskussairaalaissa. Potilaita hoidetaan Etelä-Savossa vuodeosastolla keskimääräistä enemmän potilasmäärien, hoitopäivien ja -jaksojen valossa. Hoitokson kesto on kuitenkin maan keskitasoa eli 3,3 vuorokautta. Avohoitokäyntejä maakunnassa tehdään paljon muuhun maahan verrattuna eli 1,79 asukasta kohden (koko maassa 1,54). Somaattisen erikoissairaanhoitoa käyttöindeksi on 110. Toimenpiteellisten hoitokasojen määrä on vertailussa korkeimpia, mutta päivystysleikkausten (19,8 %) ja päiväkirurgisten toimenpidepotilaiden osuus (49,9 %) kaikista toimenpidepotilaista on maakuntien keskitasoa. Vuonna 2016 synnytysten määrä oli 868 ja näistä sektioita oli 18 prosenttia eli yli maan keskiarvon (16 %). Sepelvaltimoiden varjoainekuvauksia maakunnassa tehdään enemmän kuin muissa maakunnissa (8,9 / 1000 asukasta), mutta pallolaajennuksia vähemmän, 2,1 (keskiarvo 2,8 / 1000 asukasta).

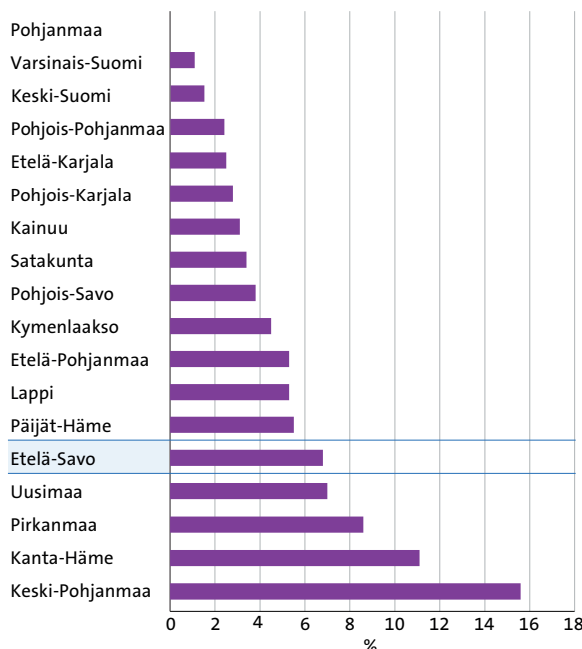
Päivystysaikana ja ensiavun kautta alkavien hoitokasojen suuri osuus voi heijastaa maakunnan muun terveydenhuollon toiminnan puutteita tai pitkiä odotusaikoja suunniteltuun hoitoon. Etelä-Savossa päivystyskäyntien määrä on keskimääräistä tasoa (157 / 1000 asukasta), tosin Itä-Savon alueella käyntejä on ollut poikkeuksellisen paljon, 0,7 asukasta kohden. Hoitokasot alkavat myös usein (52,1 %, ylin tertiili) suunnittelemattomina ja ilman lähetettä (38,8 %). Erikoissairaanhoitoa odottavia on maakunnassa kuitenkin kohtuullisesti (15,3 / 1000 asukasta, maan keskiarvo 20,3) eikä yli puoli vuotta odottaneita juuri ole. Odotusajan mediaani on kaikkiin leikkauksiin 57 vuorokautta (koko maassa vaihteluväli 31–63), mutta lonkan tai polven tekonivelleikkauksia odotellaan suhteellisen pitkään, 74 vuorokautta (koko maassa 62).

Maakunnan somaattisen erikoissairaanhoitoa nettokäyttökustannukset ovat maan korkeimmat, 1347 euroa asukasta kohden. Kustannusindeksi on kuitenkin maan keskitasoa eli 102,9. Toimintakuluista henkilöstön osuus on 49,1 ja ostopalvelujen 32 prosenttia (koko maassa vastaavat lukemat 52,3 % ja 30,8 %). Voimavarojen raportoinnissa kaikilla maakunnilla on valitettavia epätarkkuuksia, mutta sairaussijojen määrä Etelä-Savossa on melko suuri, 2,45 / 1000 asukasta (maan keskiarvo on 2,2). Henkilötyövuosien määrää ei ole käytettävissä.

Tarkasteluun valituista laatumääreistä maakunta saa korkeintaan tyydyttävät tulokset. Lonkkamurtuman vuoksi leikkausta yli 2 päivää odottaneiden osuus on 7 prosenttia kaikista lonkkamurtumapotilaista (koko maa 4,2 %, vaihteluväli 0–15,3 %), sydäninfarktipotilaiden 30 päivän kuolleisuus on 9,8 prosenttia (koko maa 8,8 %, 5,5–10,8 %) ja uudelleen sairaalaan joutuu 16,1 prosenttia sydäninfarktipotilaista (koko maa 13,3 %, 9,1–20 %). Infektiolaatukriteeristä tietoa ei ole käytettävissä.

Kuvio 8.

Lonkkamurtuman leikkausta yli 2 päivää odottaneiden osuus (vakioitu) maakunnissa



Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

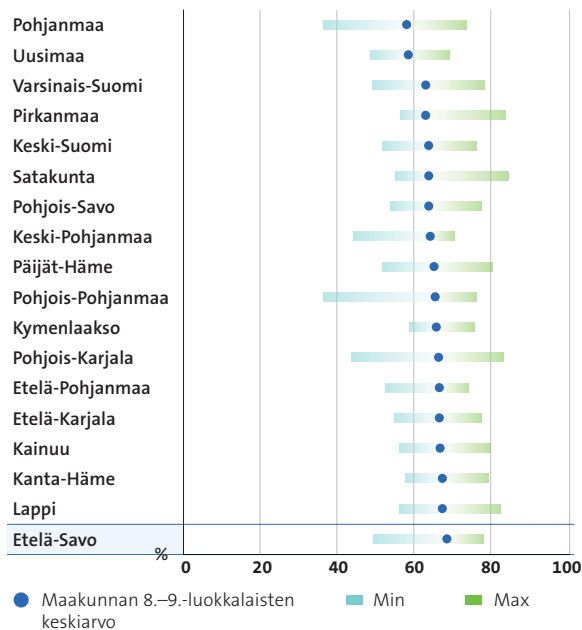
Etelä-Savon lasten ja perheiden palvelut vastaavat monin tavoin maan keskitasoa. Sekä palveluiden asiakaslähtöisyydessä että valtakunnallisten suositusten toteutumisessa on kehitettävää. Laajojen terveystarkastusten kirjaaminen on Etelä-Savossa erityisen heikkoa. Kirjaamisen puutteet heikentävät laajojen terveystarkastusten yhdenvertaisen toteutumisen arviointia.

Äitiys- ja lastenneuvolapalveluiden toteutuminen ja koulu- ja opiskeluterveydenhuollon toteuttaminen vastavat Etelä-Savossa maan keskitasoa. Etelä-Savossa lastensuojelu painottuu avohuoltoon, mutta kustannukset painottuvat hiukan perhe- ja laitoshuoltoon.

Arvioinnissa käytetyt mittarit kuvaavat vain osaa lasten ja nuorten palveluista. Palveluiden tarvetta kuvaavia mittareita ei ollut mukana tässä arvioinnissa.

Kuvio 9.

Terveystarkastuksen toteutuminen oppilaslähtöisesti, maakunnan keskiarvo ja kuntien välinen hajonta



Perhekeskuspalvelut

Kaikki Etelä-Savon kunnat ilmoittivat, että kaikille lasta odottaville ja lapsille järjestetään lainmukainen laaja terveystarkastus. Laajaan terveystarkastukseen osallistuu ainakin toinen lapsen vanhemmista, ja terveydenhoitaja ja lääkäri tekevät tarkastuksen yhteistyössä. Potilasmerkintöjen mukaan laajat terveystarkastukset toteutuisivat kuitenkin vain noin neljännekselle 4 kuukauden ja 4 vuoden ikäisistä lapsista. Erilaiset tulokset selittyvät käytössä olevien potilastietojärjestelmien ominaisuuksilla ja kirjaamisen puutteilla, mutta Etelä-Savon tulokset ovat maan huonoimpia.

Asiakastytyväisyyskyselyn mukaan asiakkaat ovat tyytyväisiä lastenneuvolapalveluihin, ja tulos vastaa koko maan tasoa. Äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajien määrä vastaa hyvin mutta lääkäreiden määrä vain kohtalaisesti henkilöstömäärästä annettuja suosituksia.

Suun terveystarkastuksesta ensisynnyttäjille ei Etelä-Savossa ole tietoa. Isyyden tunnustamisesta kohtalainen osuus oli tehty raskausaikana äitiysneuvolassa.

Sosiaalihuoltolain mukaisessa perhetyössä oli perheitä vähemmän kuin koko maassa. Myös lasten ja perheiden sosiaalipalveluiden (pois lukien lastensuojelu) nettokäyttökustannukset olivat Etelä-Savossa jonkun verran matalammat kuin muussa maassa.

Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto

Etelä-Savon maakunnassa kouluterveydenhuolto ja toisen asteen opiskeluterveydenhuolto toteutuvat lähes säädösten mukaisesti. Maakunnassa kaikki terveyskeskukset (100 %) olivat sisällyttäneet toimintasuunnitelmaansa perusopetuksen oppilaille tehtäväksi lakisääteiset kolme laajaa terveystarkastusta. Laajoissa terveystarkastuksissa edellytetty monialainen työ toteutui laadukkaasti. Opettajan antama arvio oppilaan selviytymisestä ja hyvinvoinnista koulussa sisältyi laajaan tarkastukseen 74 prosentissa maakunnan kouluista (maakuntien vaihteluväli 35–90 %).

4 ja 5 luokkalaista 49 prosenttia ilmoitti viimeisimmän terveystarkastuksen toteutuneen laadukkaasti (koko maa 49 %). 8. ja 9. luokkien oppilaiden näkemykset viimeisimmän terveystarkastuksen laadukkaasta toteutumisesta (66 %) olivat selvästi maan keskiarvoa (60 %) parempia.

Laajojen terveystarkastusten kirjaamisessa on Etelä-Savossa joko käytännöistä tai teknisistä pulmista johtuvia suuria puutteita. Ainoastaan 12 prosenttia 8-luokkalaisten laajoista terveystarkastuksista kirjautui toteutuneiksi Avohilmo-rekisteriin (maakuntien vaihteluväli 6-34 %).

Etelä-Savon maakunnassa koululääkärien henkilöstömitoitus oli maan heikoimpia. Oppilasmäärä koululääkärihenkilötyövuotta kohden oli 2,1-kertainen valtakunnalliseen mitoitussuositukseen (2100 oppilasta) nähden. Säädöstenmukaisten lääkärintarkastusten toteuttaminen alimitoitettulla koululääkärin resursseilla johtaa lyhyempiin tarkastusaikoihin ja voi heikentää tarkastusten sisällöllistä laatua ja niistä saatua hyötyä.

8. ja 9. luokan oppilaista 42 prosenttia oli asioinut kouluterveydenhoitajalla myös muuten kuin terveystarkastuksissa. Tämä on enemmän kuin koko maassa keskimäärin (38 %).

Kaikkien Etelä-Savon terveyskeskusten (100 %) toimintasuunnitelmiin sisältyi opiskeluterveydenhuollon lääkärintarkastus lukioissa. Vain 80 prosentilla terveyskeskuksista oli suunnitelmiin kirjattu vastaava tarkastus ammattiin opiskeleville. Tarkastusten lakisääteisydestä huolimatta maakuntien vaihteluväli lukioissa oli 80–100 prosenttia ja ammatillisissa oppilaitoksissa 50–100 prosenttia.

Erityistason palvelut

Lastensuojelun palveluntarpeen arvioinneista 97 prosenttia oli Etelä-Savossa valmistunut kolmen kuukauden sisällä. Tämä on maakuntien keskitasoa; lain edellyttämä valmistumisaika toteutui hyvin. Lastensuojelun avohuollon asiakkuuksien määrä oli korkea muihin maakuntiin verrattuna. Lastensuojelun asiakassuunnitelmien määrä suhteessa avohuollon asiakkuuksiin (42/100) oli muihin maakuntiin nähden keskitasoa. On huomioitava, että laki edellyttää asiakassuunnitelmaa kaikista asiakkuuksista. Lastensuojelun tehostetussa perhetyössä oli vähemmän perheitä kuin maakunnissa keskimäärin. Kiireellisten sijoitusten ja huostassa olleiden määrässä maakunta sijoittui keskitasolle. Lastensuojelun avohuollon palveluiden nettokäyttökustannukset olivat keskitasoa matalammat huolimatta keskimääräistä suuremmasta asiakkuuksien määrästä. Perhe- ja laitoshoidon nettokäyttökustannukset olivat muihin maakuntiin nähden keskitasoa, myötäillen asiakasmääriä.

Sairaalahoidon hoitopäiviä oli 0–17-vuotiailla Etelä-Savossa selvästi enemmän kuin maassa keskimäärin. Yksikään asiakas ei odottanut Etelä-Savon tai Itä-Savon sairaanhoitopiirien alueella nuoriso- tai lastenpsykiatriseen hoitoon vuoden 2017 seuranta-ajan kohtina. Mikkelin keskussairaalan synnytyspalveluihin oltiin melko tyytyväisiä.

Työikäisten sosiaalipalvelut

Työikäisten sosiaalipalvelujen tavoitteena on tukea työikäisiä asiakkaita elämänhallintaan, työhön, toimeentuloon ja opiskeluun liittyvissä asioissa sekä vähentää eriarvoisuutta. Tässä arvioinnissa työikäisten sosiaalipalvelujen tilaa tarkastellaan työttömyyden, eriarvoisuuden ja palvelujen saavutettavuuden näkökulmista.

Etelä-Savon alueella rakennetyöttömyyden aste on 6,6 prosenttia ja siten maan keskimääräistä lukua (6,2 %) korkeampi. Myös työttömien aktivointiaste (33,7 %) on keskimääräistä (31,6 %) korkeampi. Kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvien osuus 15–64-vuotiaasta väestöstä (18,3 %) oli maakunnallisista alueista kolmanneksi korkein ja selvästi korkeampi kuin kansallinen keskiarvo (11,6 %). Työttömyysjakso venyi yli 12 kuukauden pituiseksi 11,4 prosentilla työttömäksi jääneistä eli hieman kansallista keskitasoa (11,9 %) harvemmin. Kunnan osarahoittaman työmarkkinatuen määrä kertoo, miten kunta on kyennyt ohjaamaan pitkään työttömänä olleita henkilöitä työllistymistä edistäviin palveluihin. Vuonna 2016 Etelä-Savon alueen kunnat maksoivat alueen asukkaille myönnettyä työmarkkinatukea takaisin valtiolle 9 060 264 euroa, mikä on 1670 euroa kutakin Etelä-Savon alueen pitkäaikaistyötöntä kohden ja maakunnallisista alueista kolmanneksi vähiten (maan keskiarvo 1978 euroa).

Etelä-Savon alueella rakennetyöttömyyttä vastaan on toimittu aktivointitoimilla ja kuntouttavalla työtoiminnalla. Näin on lisäksi kyetty ehkäisemään työttömyysjaksojen pitkittymistä. Tästä kertoo myös Etelä-Savon alueen osarahoittaman työmarkkinatuen määrä, joka kansallisessa vertailussa on vähäinen.

Asunnottomia on Etelä-Savon alueella 0,3 promillea eli vähemmän kuin maakunnallisilla alueilla keskimäärin (1,2 %, mediaani 0,3 %). Toimeentulotukea myönnettiin 87 euroa asukasta kohden, mikä on huomattavasti vähemmän kuin maakunnallisilla alueilla keskimäärin (136 euroa / asukas) ja maakunnallisista alueista kolmanneksi vähiten. Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneita 25–64-vuotiaita oli 1,6 prosenttia eli selvästi alle maan keskitason (2,4 %). Nuorista 18–24-vuotiaista pitkäaikaisesti toimeentulotukea sai 3 prosenttia, mikä on jonkin verran vähemmän kuin maakunnallisilla alueilla keskimäärin (3,6 %). Täydentävää toimeentulotukea myönnettiin vuonna 2016

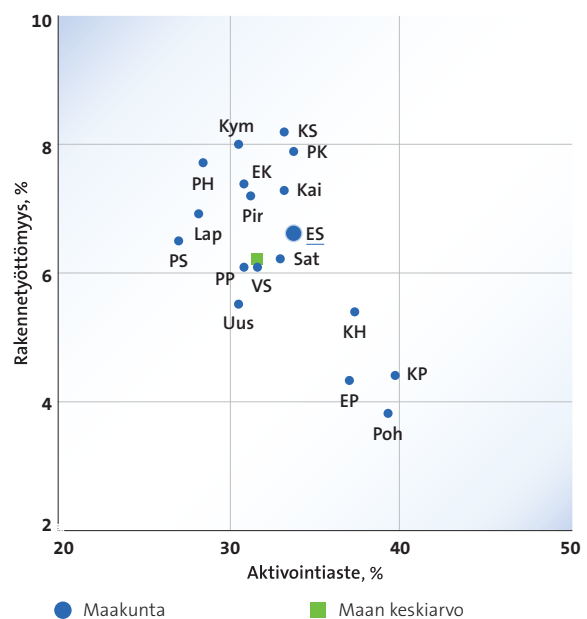
keskimäärin 429 euroa tukea saanutta asukasta kohden ja ehkäisevää toimeentulotukea 448 euroa tukea saanutta asukasta kohden. Vastaavat koko maan keskiarvot olivat 551 euroa (täydentävä tuki) ja 632 euroa (ehkäisevä tuki). Täydentävän toimeentulotuen määrä oli toiseksi pienin ja ehkäisevän tuen määrä kolmanneksi pienin koko maassa.

Pitkäaikaisesti toimeentulotukea saavia asiakkaita ei Etelä-Savon alueella ole kansallisesti tarkastellen erityisen paljon, mikä saattaa näkyä myös myönnetyn toimeentulotuen määrässä. Täydentävällä ja ehkäisevällä tuella voidaan ottaa huomioon henkilön erityiset tarpeet ja olosuhteet sekä edistää omatoimista suoriutumista. Etelä-Savossa on myönnetty sekä täydentävää että ehkäisevää toimeentulotukea varsin vähän muuhun maahan verrattuna.

Sosiaalipalvelujen saavutettavuutta selvitettiin vuoden 2017 ATH-kyselyn tulosten perusteella. Koko maassa vastaajista 79,8 prosenttia katsoi, että asiakasmaksut tai matkat eivät ole vaikeuttaneet palvelujen saavutettavuutta. Etelä-Savon alueella vastaava luku oli 69,1 prosenttia. Tulos on maakunnallisia alueita verrattaessa heikoin. Maakunnittain tarkastellen vastaajia oli kuitenkin vähän, joten kyselyn tulokset ovat enintään viitteellisiä.

Kuvio 10.

Rakennetyöttömyys ja työttömien aktivointiaste Etelä-Savossa



Vammaispalvelut

Henkilö, jolla on vammasta tai sairaudesta johtuva toimintarajoite, voi tarvita tavanomaisen elämänsä tueksi yleisten palvelujen lisäksi erityispalveluja. Tässä tarkastellaan vammaispalvelu- ja kehitysvammalakiin mukaisia palveluja vuoden 2016 tietojen perusteella. Myönnettyjen palvelujen perusteella saadaan kuvaa palvelujärjestelmästä.

Vammaisuuden palvelukokonaisuutta tarkastellaan alla olevassa kuviossa yhtenä kokonaisuutena. Kuviossa on yksittäisten palveluiden kokonaismäärä suhteutettuna alueen väkilukuun (vuoden 2016 tilastojen perusteella). Lukumäärät eivät kuvaa palvelujen piirissä olevien henkilöiden määrää vaan annettuja tai myönnettyjä palveluita. Tarkasteluun on otettu seuraavat palvelut: *asunnonmuutostyö ja asuntoon kuuluvat laitteet ja välineet, henkilökohtaisen avun asiakkaiden määrä, kehitysvammaisten henkilöiden määrä erilaisissa asumispalveluissa ja vaikeavammaisten palveluasumisessa, työllistämistä tukevien toimintojen sekä työ- ja päivätoiminnan piirissä olevien määrä, kodinhoitoapua saaneiden vammaistalouksien määrä, alle 65 vuoden ikäisiä hoitavien omaishoidontuen päätösten määrät sekä vammaispalvelulain mukainen kuljetuspalvelu.*

Lisäksi kuviossa on Kelan vammaisuuden perusteella maksamien etuuksien saajien määrä väkilukuun suhteutettuna 1000 asukasta kohden. Koko maassa vammaisetuksia myönnettiin 1 000 asukasta kohden noin 50 ihmiselle (49,9). Vammaisuuden perusteella myönnettyjen palvelujen määrä oli tuhatta asukasta kohden noin 40 (39,83). Vastaavat luvut olivat Etelä-Savon maakunnassa seuraavat: vammaisetuksien piirissä oli 63 (63,7) henkilöä 1000 asukasta kohden ja myönnettyjen palveluja määrä 1000 asukasta kohden oli 58 (58,7). Palveluiden myöntämisperusteet ja vammaisetuksien saamisen kriteerit poikkeavat toisistaan, eikä näin ollen vammaisetuksia saavien henkilöiden määrää voi suoraan pitää palveluita tarvitsevien määränä. Voidaan olettaa, että vammaisetuksia saavissa on runsaasti sellaisia henkilöitä, jotka eivät ole vammaispalveluiden piirissä. Mutta nämä henkilöt saattavat saada muita palveluja esimerkiksi sosiaali- huoltolain perusteella. Palvelujen kattavuus edellyttäisikin laajempaa selvitystä yhdessä tarvearvioinnin kanssa.

Kaksi suurinta palvelukokonaisuutta myönnettyissä palveluissa ovat henkilökohtainen apu ja liikkumisen palvelut.

Henkilökohtaisessa avussa palvelun käyttäjien määrä koko maassa oli 673 henkilöä 100 000 asukasta kohden. Vastaava luku oli Etelä-Savossa 380. Asiakas-

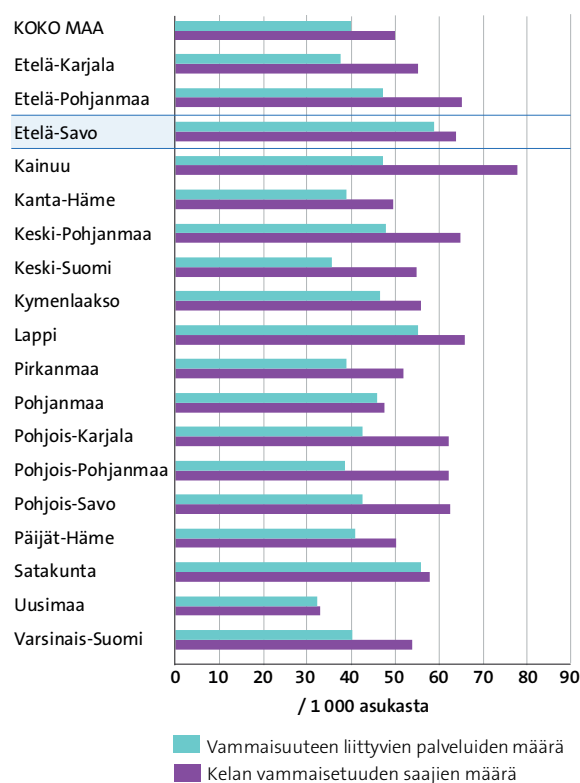
määrä ei kerro siitä, kuinka paljon henkilökohtaista apua on kullekin asiakkaalle myönnetty ja onko palvelu ollut riittävää ja vaikuttavaa.

Liikkumisten palvelut sisältävät hyvin monenlaisia palveluita. Erityispalvelujen tarpeeseen vaikuttavat alueelliset olosuhteet, esteettömyys ja palvelurakenne sekä tietenkin yksittäisten ihmisten tarve liikkua. Etelä-Savossa vammaispalvelulain mukaisia kuljetuspalvelun saajia oli 100 000 asukasta kohden 2686. Vastaava luku oli koko maassa 1783. Sosiaalihuoltolain mukaisia kuljetuspalveluita Etelä-Savossa sai 100 000 asukasta kohden 373 henkilöä kun koko maan vastaava luku oli 391.

Tarkasteluvuonna (2016) *vammaispalvelulain mukaisten palvelujen ja taloudellisten tukitoimien menot* koko maassa asukasta kohden olivat 117 euroa. Etelä-Savossa vastaava luku 170 euroa, joka on maan suurin. Maakuntien matalin euromäärä oli 92 euroa / asukas. Kokonaiskustannusanalyysia varten pitäisi huomioon ottaa vähintäänkin kehitysvammalain mukaisten palveluiden kustannukset sekä tieto siitä, millaisia ovat alueen yleiset palvelut ja esteettömyys. Saavutettavat ja toimivat yleiset palvelut vähentävät erityispalveluiden tarvetta.

Kuvio 11.

Vammaisetuksia saavien henkilöiden ja vammaisuuteen liittyvien palveluiden määrän suhde väestöön vuonna 2016



Ikäihmisten palvelut

Ikääntyneen väestön toimintakyky on Etelä-Savossa hieman maan keskitasoa huonompi. 75 vuotta täyttäneistä 27 prosentilla oli suuria vaikeuksia arkiaskareissa (koko maassa 25 %:lla). Riskiryhmien seuranta ja ennaltaehkäisevien terveyspalvelujen toimintaa kuvaa kausi-influenssarokotteen kattavuus, joka 65 vuotta täyttäneillä on Etelä-Savossa muuta maata parempi. Etelä-Savossa rokottamattomia on 46 prosenttia, koko maassa 53.

Iäkkäiden palveluissa tavoitteena on, että kotona voi asua mahdollisimman pitkään. Säännöllisen kotihoidon piirissä oli vuoden 2016 marraskuussa 75 vuotta täyttäneistä naisista 16 prosenttia ja miehistä 11 prosenttia. Kattavuus on hieman maan keskiarvo suurempi. Kotihoidon asiakas saa Etelä-Savossa keskimäärin 15 kotikäyntiä viikossa, mikä on maan keskiarvoa (13) enemmän. Lisääntyvä kotihoito edellyttää, että kotiin voi tarvittaessa saada myös intensiivistä hoitoa, yli 60 kotihoidon käyntiä kuukaudessa, sekä ympärivuorokautista kotihoitoa. Koko maassa 33 prosenttia yli 75-vuotiaista kotihoidon asiakkaista sai intensiivistä hoitoa, Etelä-Savossa 35 prosenttia. Etelä-Savon kotihoidon asiakkailla 83 prosentilla on mahdollisuus saada ympärivuorokautista kotihoitoa, kun koko maassa vastaava luku on keskimäärin 78.

Muistisairaat ovat suurin iäkkäiden palveluja käyttävä asiakasryhmä. Kotihoidossa vain joka kolmannen asiakkaan kognitio on normaali, mutta kaikilla oireilevilla ei ole muistisairausdiagnoosia. Etelä-Savossa säännöllisistä kotihoidon asiakkaista 25 prosentilla oli muistisairausdiagnoosi (koko maassa 20 %). Vaihtaisi siltä, että Etelä-Savossa on panostettu muuta maata enemmän muistisairauksien tunnistamiseen kotihoidossa. Omaishoidon tuen valtakunnallinen kattavuustavoite on viisi prosenttia yli 75-vuotiaasta väestöstä. Etelä-Savossa kattavuus on samaa luokkaa (4,7 %), mutta omaishoidossa olevat saavat selvästi maan keskiarvoa enemmän kotihoidon tukipalveluita (41 % vs 29 %).

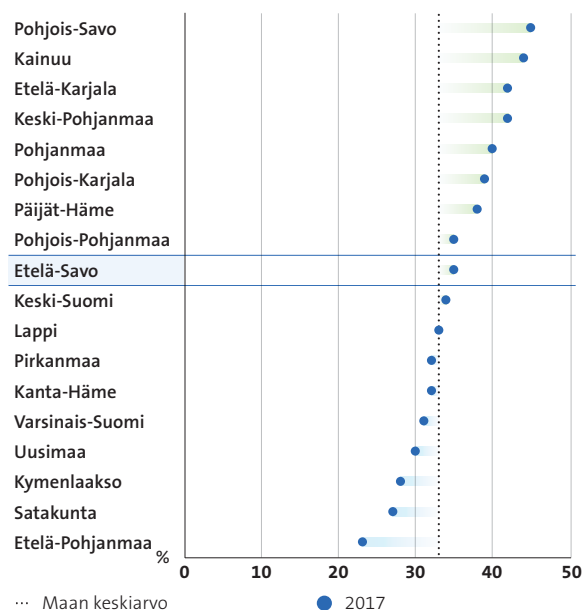
Koko maassa iäkkäiden palvelurakenne on kevennyt, mikä on merkinnyt kotihoidon palvelujen käyttäjämäärien ja menojen kasvua. Etelä-Savossa iäkkäiden palvelujen menoista 42 prosenttia on käytetty kotihoidon palveluihin (vrt. koko maassa 32 %). Panostus kotona asumisen tukemiseen on Etelä-Savossa selvästi maan keskiarvoa suurempi. Kotihoidon nettokäyttökustannukset (euroa/asukas) olivat Etelä-Savossa 280 ja koko maassa 172 euroa.

Kotihoidon työntekijöistä suurin osa on lähihoitajia eikä maakuntien välillä ole juurikaan eroja lähihoitajien osuudessa. Sen sijaan sairaanhoitajien määrä vaihtelee maakunnittain (9,6–18,5 %). Etelä-Savossa sairaanhoitajia (12 %) on hieman vähemmän kuin koko maassa (13 %), mutta sairaanhoitajien tekemän välittömän työajan osuus kokonaistyöajasta on Etelä-Savossa muuta maata suurempi (41 % vs. 37 %). Voikin arvioida, että sairaanhoitajien palvelujen saatavuus kotihoidossa on Etelä-Savossa maan keskiarvoa parempi. Lähihoitajilla välitön työaika on hieman maan keskitasoa alapuolella (56 % vs. 60 %).

Tavoitteellisella kuntoutuksella pyritään säilyttämään kotihoitoa saavan aktiivisuus ja elämänlaatu mahdollisimman hyvänä. Suurimmalla osalla kotihoidon asiakkaista tulisi olla tehtynä kuntoutussuunnitelma. Etelä-Savossa vain neljännes (24 %) kotihoidon toimintayksiköistä tekee systemaattisesti asiakkailleen kuntoutussuunnitelman. Kotihoidon henkilöstön kivunhoidon osaamisessa on Etelä-Savossa kehitettävää. Asiakkaista 39 prosenttia saa palvelunsa toimintayksiköstä, jossa kivunhoidon osaaminen on ”hyvä”, koko maassa osuus on 44 prosenttia (vaihteluväli 8–85 %). Asiakaspalautetta kerätään asiakkailta, omaisilta ja henkilöstöltä vaihtelevasti (vaihteluväli 41–94 %, riippuen vastaajatahosta). Etelä-Savossa palautetta kerätään vain 61 prosentilta asiakkaista, kun koko maassa vastaava osuus on 76.

Kuvio 12.

Kotihoidossa intensiivistä hoitoa saavien asiakkaiden osuus (%)



Etelä-Savo on pystynyt purkamaan pitkäaikaista laitoshoidon ja kehittämään palvelurakennetta kotihoidon painotteeseen suuntaan. Kotihoidon käyntejä, myös intensiivistä kotihoitoa, on maan keskiarvoon verrattuna enemmän tarjolla ja suurimmalla osalla asiakkaista on mahdollisuus saada kotihoidon palveluja tarvittaessa ympärivuorokauden. Etelä-Savon kotihoidossa toimii sairaanhoitajia maan keskitason verran, mutta heidän tekemän välittömän työajan osuus kokonaistyöajasta on suurempi verrattuna muuhun maahan. Voikin arvioida, että sairaanhoitajien palvelujen saatavuus kotihoidossa on Etelä-Savossa maan keskiarvoa parempi. Myös muistisairauksia diagno-

soidaan keskiarvoa enemmän. Omaishoidon tuen kattavuus on valtakunnallisessa tavoitteessa, ja omaishoidossa olevat saavat muuta maata paremmin kotihoidon tukipalveluita.

Kehittämiskohteita löytyy kotihoidon henkilöstön kivunhoidon osaamisesta, joka on maan keskitasoa heikompi. Lisäksi Etelä-Savon kotihoidon toimiyksiköistä vain neljännes tekee asiakkailleen systemaattisesti kuntoutussuunnitelman, vaikka kuntoutussuunnitelmia tulisi tehdä tarvittaessa kaikille kotihoidon asiakkaille. Asiakaspalautetta tulisi myös kerätä enemmän.

Saatavuus

Maakuntien arvioinnissa saatavuutta ja saavutettavuutta tarkastellaan viiden teeman avulla. Tarkastelussa käytetään tietoja hoitoon pääsystä, lastensuojelun palvelutarpeen arviointien tekemisestä ja kotihoidon yöaikaisen palvelun tarjonnasta sekä väestökyselyn tuloksia.

Perusterveydenhuollossa saatavuutta on arvioitu tarkastelemalla lääkärin vastaanotolle pääsemistä kiireettömän asian vuoksi. Osoittimeksi on valittu se, kuinka monta prosenttia potilaista pääsee vastaanotolle viikon sisällä hoidon tarpeen arvioinnista. Lisäksi perusterveydenhuollon hoitotakuun toteutumista on käsitelty perusterveydenhuollon toimialakohtaisessa kappaleessa.

Erikoissairaanhoidosta on tarkasteltu lakisääteisen hoitopääsyn määräajan (6 kk) ylittäneiden potilaiden määrää suhteutettuna väestömäärään. Lääkäiden palvelujen saatavuuden mittarina on tällä arviointikierroksella käytetty kotihoidon yöaikaisen palvelun tarjontaa. Lastensuojelussa palvelutarpeen arviointien pitäisi valmistua lakisääteisessä kolmen kuukauden määräajassa; näiden osuutta tarkastellaan yhtenä saatavuuden osoittimena.

Aikuisten sosiaalipalvelujen saavutettavuuden mittarina käytetään THL:n väestökyselyssä selvitettyä arvioita siitä, tuntuvatko sosiaalipalvelut asiakkaiden mielestä helposti saavutettavilta ja vaikuttavatko siihen hankala sijainti ja korkeat asiakasmaksut. Arvioinnissa ei ole muiden kuin sosiaalipalvelujen osalta käsitelty sitä, kuinka palvelut ovat tosiasiallisesti olleet saavutettavissa ja asukkaiden käytettävissä asiakasmaksujen, välimatkojen tai aukioloaikojen näkökulmasta. Esteettömyyttä ei ole tarkasteltu tässä yhteydessä.

Etelä-Savon alueella kiireettömän asian vuoksi perusterveydenhuollon lääkärille pääsy on hyvällä tasolla: viikon sisällä kaksi kolmasosaa potilaista pääsee vastaanotolle. Erikoissairaanhoitoon yli kuusi kuukautta odottaneita on vähän. Kotihoidon ympärivuorokautista hoivaa on saatavilla hyvin. Sosiaalipalvelujen saavutettavuuteen on syytä kiinnittää huomiota, tosin vain kahdessa maakunnassa saavutettavuuden arvioidaan olevan hyvällä tasolla. Lastensuojelun palvelutarpeen arvioinneissa maakunnassa on onnistuttu hyvin, sillä lähes kaikki arviot tehdään kolmen kuukauden määräajassa.

Kuvio 13.

Palveluiden saatavuus Etelä-Savossa

	Perusterveydenhuollon hoitopääsy*	Kotihoidon ympärivuorokautinen saatavuus	Lastensuojelun palvelutarpeen arvioinnin valmistuminen määräajassa	Sosiaalipalvelujen saavutettavuus**	Erikoissairaanhoidon hoitopääsy***
Etelä-Karjala	■	●	●	■	●
Etelä-Pohjanmaa	■	●	▼	●	■
Etelä-Savo	●	●	●	▼	●
Kainuu	■	●	▼	▼	●
Kanta-Häme	●	●	■	●	●
Keski-Pohjanmaa	●	■	●	■	■
Keski-Suomi	■	●	●	▼	▼
Kymenlaakso	●	●	●	■	▼
Lappi	▼	■	■	▼	●
Pirkanmaa	■	■	●	■	■
Pohjanmaa	▼	●	▼	■	■
Pohjois-Karjala	▼	●	●	■	■
Pohjois-Pohjanmaa	■	●	▼	▼	■
Pohjois-Savo	▼	●	●	▼	■
Päijät-Häme	▼	●	●	▼	●
Satakunta	▼	■	■	▼	●
Uusimaa	■	●	●	■	▼
Varsinais-Suomi	▼	■	■	■	■

● Hyvä ■ Kohtalainen ▼ Vaatii huomiota ■ Ei tietoa

* Lääkärille kiireettömän asian vuoksi

** Väestökysely

*** Yli 6 kk odottaneet

Laatu ja vaikuttavuus

Maakuntien arvioinnissa laatua ja vaikuttavuutta tarkastellaan viiden teeman avulla: perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, ennaltaehkäisy näkökulma, sosiaalipalvelut ja terveydenhuollon asiakastytyvyisyys. Kustakin alueesta on valittu 1–3 indikaattoria. Laatu ja vaikuttavuus ovat laajoja ja paljon eri asioita sisällään pitäviä käsitteitä, ja tämä tarkastelu kertoo laadusta ja vaikuttavuudesta vain valittujen indikaattorien osalta.

Perusterveydenhuollon laatua on arvioitu sen mukaan, kuinka monelle potilaalle on määrätty hoidoksi antibiootti epämääräiseen ylähengitystieinfektioon. Antibiootihoidolle ei ole perusteita ilman selkeämpää diagnoosia, mutta sitä päädytään määräämään joskus taudin pitkittyessä ilman kunnon indikaattoria. Mittari kertoo rationaalisen lääkehoidon toteutumisesta.

Erikoissairaanhoidosta on valittu tarkasteluun lonkan ja polven tekonivelen uusintaleikkauksien määrä kahden vuoden seuranta-aikana. Laatu on sitä parempi, mitä vähemmän uusintaleikkauksia joudutaan tekemään.

Ennaltaehkäisevästä toiminnasta tarkastellaan pikkulasten rokotushjelmaan kuuluvan viitosrokotteen (DTaP-IPV-Hib) kolmen annoksen rokotussarjan toteutumista. Koska on hyvin harvinaista, että lääketieteellinen syy estäisi rokotussarjan aloittamisen tai sen jatkamisen loppuun, mittari kuvaa neuvolatyön laatua ja rokotusten kirjaamisen toteutumista. Valta-kunnallisesti lähes kaikille lapsille aloitetaan viitosrokotussarja, joka suojaa kurkkumädältä, jäykkäkouristukselta, hinkuyskältä, poliolt ja Hib-bakteerin aiheuttamilta tulehduksilta. Ollakseen hyvässä suojassa henkeä uhkaavilta taudeilta lapsi tarvitsee koko sarjan. Laumaimmunitteetti ei suojaa esimerkiksi jäykkäkouristukselta. Toiminnan laatu ja vaikuttavuus on sitä parempi, mitä korkeampi kolmen annoksen sarjan toteutumisen kattavuus on.

Sosiaalipalveluista on indikaattoriksi valittu lastensuojelun asiakkaiden asiakassuunnitelmien määrä. Lain mukaan lastensuojelun avohuollon asiakkaalle tulee tehdä asiakassuunnitelma. Asiakassuunnitelmalla on tarkoi-

tus varmistaa, että palvelu on suunnitelmallista ja sen tuloksia arvioidaan säännöllisesti. Asiakassuunnitelmien laatimisessa on maakuntien välillä isoja eroja, mutta missään maakunnassa se ei toteudu vielä tavoitteen mukaisesti.

Asiakastytyvyisyydessä on huomioitu synnytys-sairaalakyselyn asiakkaiden sairaalalle antama kokonaisarvosana sekä lasten- ja äitiysneuvolakyselyjen palvelujen hyödyllisyyttä ja asiakaspalvelua mittaavat kysymykset.

Etelä-Savossa melkein joka neljännelle määritämätöntä ylähengitystieinfektiota sairastavalle potilaalle oli määrätty antibioottia. Eri maakunnissa luku oli 10–32 prosenttia. Lonkan tekonivelen uusintaleikkauksien määrä oli jonkin verran maan keskiarvoa pienempi. Polven tekonivelen uusintaleikkauksien määrä oli selvästi maan keskiarvoa pienempi. Viitosrokotteen rokotussarjan oli vuonna 2014 syntyneistä lapsista saanut vain 93,8 prosenttia. Tulos on matala, sillä rokotussarja oli aloitettu erinomaisesti 99,4 prosentille lapsista. Maakunnan tulisi selvittää esimerkiksi, jääkö rokotussarja kesken ilman päteviä perusteita vai onko kyse kirjaamisen tai tiedonsiirron ongelmista. Lastensuojelun avohuollon asiakassuunnitelmia oli tehty riittämättömästi, vain alle puolelle asiakkaista. Asiakassuunnitelma tulee lain mukaan tehdä kaikille asiakkaille. Asiakastytyvyisyys oli maan keskitasoa.

Kuvio 14.

Palveluiden laatu ja vaikuttavuus Etelä-Savossa

	Rationaalinen lääkehoito ylähengitystieinfektiossa	Lonkan ja polven tekonivelen uusintaleikkauksen määrä	Pikkulasten viitosrokotteen (DTaP-IPV-Hib) rokotussarjan toteutuminen	Lastensuojelun asiakassuunnitelmien määrä	Asiakaspalaute synnytys-sairaaloista ja neuvoloista
Etelä-Karjala	■	●	■	▼	■
Etelä-Pohjanmaa	●	■	▼	■	●
Etelä-Savo	▼	●	▼	▼	■
Kainuu	■	▼	▼	■	●
Kanta-Häme	■	▼	■	▼	■
Keski-Pohjanmaa	▼	▼	■	■	■
Keski-Suomi	▼	■	■	▼	■
Kymenlaakso	▼	●	■	■	▼
Lappi	■	▼	▼	▼	■
Pirkanmaa	■	■	▼	▼	▼
Pohjanmaa	▼	●	▼	■	●
Pohjois-Karjala	▼	●	▼	■	●
Pohjois-Pohjanmaa	■	▼	■	▼	▼
Pohjois-Savo	▼	■	▼	■	●
Päijät-Häme	▼	●	▼	▼	▼
Satakunta	▼	■	■	▼	●
Uusimaa	■	■	▼	▼	■
Varsinais-Suomi	▼	■	▼	■	■

● Hyvä

■ Kohtalainen

▼ Vaatii huomiota

— Ei tietoa

Asiakslähtöisyys

Terveyspalvelujen asiakslähtöisyyttä arvioidaan kolmen väestökyselyyn perustuvan indikaattorin avulla. Valinnanvapauden edellytyksiä arvioitiin kysymyksellä, joka kartoittaa näkemyksiä mahdollisuudesta valita terveysasema, sekä summamuuttujalla, joka kuvaa terveydenhuollon hoitopaikkoja koskevan vertailutiedon riittävyyttä. Terveyspalvelujen palveluprosessien sujuvuutta on arvioitu kysymällä, millaisia kokemuksia vastaajalla on asioiden hoitamisen sujuvuudesta ja ammattilaisten välisestä tiedonkulusta terveyspalveluissa. Tulosten tulkinnassa tulee ottaa huomioon, että kyselyaineistot perustuvat pieniin kansallisiin otoksiin: niitä ei voi luotettavasti yleistää yksittäisiin maakuntiin. Lisäksi asiakslähtöisyyttä kuvataan TEAviisariin perustuvalla asukkaiden osallisuutta kuvaavalla indikaattorilla johon on summattu onko kunnissa vuonna 2017 määritelty asukkaiden osallistumisen edistämisen tavoitteet, toimenpiteet, resurssit ja vastuut. Erikseen tarkasteltiin kuntalaisten

mahdollisuuksia saada kunnan verkkosivuilta tietoa osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksistaan ja -keinoistaan sekä sitä, onko kunnassa laadittu osallisuusohjelma. Näiden TEAviisari tulosten tulkinnassa on huomioitava, että kyse on hallinnollisista toimista, jotka eivät vielä kerro vielä miten asukkaiden ja palveluiden käyttäjien osallisuus toiminnan tasolla toteutuu.

Etelä-Savossa asukkaat pitivät terveysaseman valitsemisen mahdollisuuttaan kohtalaisen yleisesti hyvänä, mikä vastaa koko maan tilannetta. Valinnan kannalta olennaisen vertailutiedon riittävyys oli kuitenkin heikko, vaikkakin hieman parempi koko maahan verrattuna. Palveluprosessien sujuvuudessa Etelä-Savossa raportoitiin ongelmia jopa enemmän kuin koko maassa keskimäärin. Asukkaiden osallisuuden edistämistä huomioitiin Etelä-Savossa lähes samoin kuin koko Suomessa keskimäärin. Lisäksi kolmasosa (31 %) alueen kunnista on kuvannut verkkosivuiltaan kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia. Erillinen osallisuusohjelma oli laadittu yhdessä Etelä-Karjalan kunnassa.

Kuvio 15.

Palveluiden asiakslähtöisyys Etelä-Savossa

	Mahdollisuus valita terveysasema*	Vertailutietoa hoitopaikoista*	Väestö kokee terveyspalvelut sujuviksi*	Osallistumisen edistämistoimet
Etelä-Karjala	●	▼	▼	●
Etelä-Pohjanmaa	■	■	■	▼
Etelä-Savo	■	▼	▼	■
Kainuu	■	▼	▼	▼
Kanta-Häme	■	▼	■	■
Keski-Pohjanmaa	●	▼	■	■
Keski-Suomi	■	▼	■	●
Kymenlaakso	●	▼	■	▼
Lappi	■	■	■	■
Pirkanmaa	■	▼	■	■
Pohjanmaa	■	▼	■	■
Pohjois-Karjala	■	▼	■	▼
Pohjois-Pohjanmaa	●	▼	■	■
Pohjois-Savo	■	▼	■	■
Päijät-Häme	●	▼	■	●
Satakunta	■	▼	■	■
Uusimaa	■	▼	■	●
Varsinais-Suomi	■	▼	■	■

● Hyvä ■ Kohtalainen ▼ Vaatii huomiota — Ei tietoa
 * Väestökysely

Yhdenvertaisuus

Yhdenvertaisuutta tarkastellaan arvioinnissa yhtäältä tasa-arvo- ja yhdenvertaisuuslakien pohjalta ja toisaalta yhteiskunnallisen eriarvoisuuden aiheuttamien hyvinvointi- ja terveyserojen näkökulmasta.

Ensimmäisenä teemana arvioinnissa ovat maakunnan toiminnalliset lähtökohdat yhdenvertaisuuden ja sukupuolten tasa-arvon edistämiseen. Osoittimina on käytetty kuntien yhdenvertaisuus- ja tasa-arvolakeja toimeenpanevien suunnitelmien laadintaa ja väestöryhmittäisten terveyserojen raportointia. Toisena teemana arvioinnissa on erityispalveluiden järjestäminen haavoittuville ryhmille. Tällä arviointikierroksella on tarkasteltu vammaisille ja työttömille suunnattuja palveluita, joilla on tarkoitus lisätä yhdenvertaisen osallisuuden mahdollisuuksia ja kaventaa eriarvoisuudesta johtuvia terveyseroja. Vammaispalvelujen saatavuudesta kerätään tietoa koko väestölle tehtävillä kyselyillä, mutta niissä vammaispalveluiden käytöstä kertyy niin vähän kokemuksia, ettei edes viitteellistä arviota saatavuudesta voida tehdä kaikista maakunnista. Työttömien terveystarkastusten tilastointi kunnissa vaihtelee suuresti, joten tiedot ovat vain viitteellisiä.

Kolmantena teemana arvioinnissa on yhdenvertaisuuden ja tasa-arvon toteutuminen koko väestölle suunnatuissa palveluissa. Esimerkkinä on tässä käytetty terveyskeskuslääkärin palveluita. Arvioinnin kohteena ovat miesten ja naisten sekä ikä- ja koulutusryhmien väliset erot palveluiden koetussa riittävyydessä. Palvelut riittämättömiksi kokevien osuus oli kaikissa maakunnissa sitä pienempi, mitä vanhemmasta ikäryhmästä oli kyse. Naiset pitivät palveluja miehiä useammin riittämättöminä; koulutusryhmien järjestys vaihteli maakunnasta toiseen. Jatkossa on tarkoitus arvioida palveluiden yhdenvertaista saatavuutta, saatavuutta ja laatua myös muiden yhdenvertaisuus- ja tasa-arvolakien tarkoittamien henkilöön liittyvien syrjintäperusteiden mukaan. Tällöin voidaan tarkastella muun muassa ulkomaalaistaustaisia ja eri kieli-ryhmiä. Yhdenvertaisuuden tarkastelu on toistaiseksi vain suuntaa antavaa. Tietopohjaa haavoittuvien ryhmien palvelutarpeen selvittämiseksi on laajennettava jatkossa.

Etelä-Savon kunnissa suunnitelmia yhdenvertaisuuden ja sukupuolten tasa-arvon edistämiseksi kunnan toiminnassa on laadittu koko maan keskiarvoa enemmän. Väestöryhmien välisistä terveyseroista valtuustolle raportoivien kuntien osuus kaikista kyselyyn

vastanneista alueen kunnista oli Etelä-Savossa keskitasoa suurempi. Noin puolet vammais- palveluita tarvinneista koki palvelut riittämättömiksi. Alueen kunnissa työttömien terveys- tarkastuksia oli kirjattu perusterveydenhuollossa vähemmän kuin maakunnissa keskimäärin (koko maassa 0,3–5 % työttömistä työnhakijoista). Väestöryhmien väliset erot siinä, kuinka moni oli mielestään saanut tarpeeseensa nähdessä riittämättömästi terveyskeskuslääkärin palveluita, olivat keskimäärin pienet. Koulutusryhmien välillä oli kuitenkin suuret erot, kun taas ikäryhmien ja sukupuolten väliset erot kuuluivat pienimpään kolmannekseen. Etelä-Savossa yhdenvertaisuuden edistämisen haasteita lisää väestön suuri sairastavuus. Koulutuksen ulkopuolelle jääneiden nuorten osuus, rakennetyöttömyys ja muita kuin kotimaisia kieliä äidinkielenään puhuvien osuus ovat keskitasoa.

Kuvio 16.

Palveluiden yhdenvertaisuus Etelä-Savossa

	Yhden- vertaisuus- ja tasa-arvo- suunnitelmat	Väestö- ryhmittäisten terveyserojen raportointi valtuustolle	Riittämätön vammais- palvelujen saanti*	Työttömien terveys- tarkastukset	Erot sukupuolten, ikä- ja koulutus- ryhmien välillä terveyskeskus- lääkäripalvelujen saannissa*
Etelä-Karjala	▼	●	■	●	●
Etelä-Pohjanmaa	▼	▼	■	●	▼
Etelä-Savo	●	●	▼	▼	●
Kainuu	●	■	—	●	▼
Kanta-Häme	▼	▼	—	▼	●
Keski-Pohjanmaa	■	■	—	●	■
Keski-Suomi	▼	■	●	■	●
Kymenlaakso	▼	▼	—	▼	■
Lappi	●	●	—	■	■
Pirkanmaa	■	●	■	●	■
Pohjanmaa	▼	▼	—	▼	■
Pohjois-Karjala	■	■	●	●	▼
Pohjois-Pohjanmaa	●	●	■	■	●
Pohjois-Savo	■	●	▼	▼	●
Päijät-Häme	■	■	■	▼	●
Satakunta	●	▼	●	▼	▼
Uusimaa	■	■	▼	▼	▼
Varsinais-Suomi	●	▼	●	▼	▼

● Hyvä ■ Kohtalainen ▼ Vaatii huomiota — Ei tietoa
 * Väestökysely

Kansalliset lähteet

Ammattibarometri. www.ammattibarometri.fi

Aro Timo & Aro Rasmus: Seutukuntien elinvoimaindeksi. Helmi-kuu 2016. <https://www.slideshare.net/TimoAro/seutukuntien-elinvoimaindeksi-2016>

Häkkinen Pirjo & Matveinen Petri. Sairaaloitten tuottavuus 2015. Tilastoraportti 6/2017, Terveystien ja hyvinvoinnin laitos.

Lääkäriliitto. Terveystien lääkärilähtö. <https://www.laakariliitto.fi/tutkimus/laakarityovoima/>

Maakuntien rahoitus siirtymäkauden aikana 2019–2024, muutos suhteessa lähtötilanteeseen. Valtiovarainministeriö 18.5.2017

Ranta, Tommi & Manu, Samuli & Laasonen, Valtteri & Uusikylä, Petri & Leskelä, Riikka-Leena. Kohti uusia maakuntia Sote- ja maakuntauudistuksen toimeenpanon esivalmisteluvaiheen yhteenveto. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 74/2017.

TEM: Alueellinen matkailutilinpito. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisu 21/2017.

TEM: Alueiden vahvuksien analyysi. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisu 24/2017.

TEM (Repo, Joonas): Maakuntien suhdannekatsaus 2017. Tuotanto, työmarkkinat, yritystoiminta, väestö. TEM-analyysi 78/2017

TEM Toimialapalvelu: Alueelliset kehitysnäkymät. Syksy 2017

TEM Toimialapalvelu: Toimialaraportit, Terveystien ja sosiaalipalvelut. Syksy 2017.

TEM: Työllisyyskatsaus, www.temtyollisyyskatsaus.fi

THL: Terveystien ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2014. Tilastoraportti 1/2018, Terveystien ja hyvinvoinnin laitos.

Tilastokeskuksen tilastotiedot. <http://www.stat.fi>

- Väestö
- Kansantalous
- Terveystien
- Koulutusaste

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet <https://www.sotkanet.fi>

- Ohjelmien seuraintindikaattorit, maakuntien seuranta- ja arviointi (simulaatioharjoitus)
- THL:n sairastavuusindeksi

Vaalavuo, Maria & Häkkinen Unto & Fredriksson Sami. Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetekijät ja valtionosuusjärjestelmän uudistaminen. Raportti 24/2013. Terveystien ja hyvinvoinnin laitos.

Alueelliset lähteet

Aro, Timo. Etelä-Savon kantokäytännöanalyysi.

Etelä-Savon maakuntaliitto. Etelä-Savon maakuntaohjelma 2018–2021. Julkaisusarjan nro 149/2017.

Maakunnan toimittamat muut materiaalit

www.essote.fi

www.sosteri.fi

www.esavo.fi

www.es2019.fi

Terveystien ja hyvinvoinnin laitos
PL 30 (Mannerheimintie 166)
00271 Helsinki

ISBN:978-952-343-049-5 (verkkojulkaisu)
ISSN 1799-3946 (verkkojulkaisu)
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-049-5>

www.thl.fi/julkaisut